اضطراب صورة الجسم

الأسباب - التشخيص- الوقاية والعلاج

سلسلة الاضطرابات النفسية
(2)

اضطراب صورة الجسم

الأسباب – التشخيص – الوقاية والعلاج

دكتور
مجدى محمد الدسوقى
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية النوعية – جامعة المنوفية

الناشر
مكتبة الأنجلو المصرية
165 ش محمد فريد – القاهرة

اسم الكتاب	: اضطراب صورة الجسم .
المؤلف	: د . مجدى محمد الدسوقى .
الناشر	: مكتبة الأنجلو المصرية .
الطباعة	:
رقم الإيداع	:
الترقيم الدولى	:
سنة النشر	: 2006م
تصميم الغلاف	:
حقوق الطبع	: محفوظة للمؤلف .

بسم الله
الرحمن
الرحيم

الإهداء

إلى أساتذتى الأجلاء
أهدى بعضاً من طيب
غرسهم الكريم
تقديراً لعطائهم
وعرفاناً بفضلهم
جزاهم الله عنى خير
الجزاء

دكتور : مجدى الدسوقى

بسم الله الرحمن الرحيم

[يا أيُّهَا ألإنسَانُ ما
غَرَّكَ بِرَبِّكَ الْكَرِيمِ *
الَّذِى خَلَقَكَ فَسَوَّاكَ
فَعَدَلَكَ * فِى أىِّ
صُورَةٍ مَّا شَاءَ رَكَّبَكَ]

صدق الله العظيم

سورة الانفطار : الآيات

المؤلف فى سطور :

دكتور : مجدى محمد محمد الدسوقى .

- حصل على درجة الماجستير فى التربية تخصص صحة نفسية من كلية التربية ، جامعة عين شمس ، عام 1990 م .
- حصل على درجة دكتوراه الفلسفة فى التربية تخصص صحة نفسية من كلية التربية ، جامعة عين شمس ، عام 1994 م .
- له عدة مؤلفات منها :

1- سلسلة الاضطرابات النفسية التى تشمل خمسة أجزاء هى : اضطرابات النوم ، فقدان الشهية العصبى ، الشره العصبى ، اضطراب صورة الجسم ، اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

2- سيكولوجية النمو من الميلاد حتى المراهقة .

3- القياس فى العلوم التربوية والنفسية .

4- دراسات فى الصحة النفسية .

5- قياس الشخصية (رؤية عربية) .

6- أكثر من 20 مقياساً نفسياً فى مجالات القياس النفسى قام بتعريبها وتقنينها على البيئة المصرية ، وكلها منشورة بالمكتبات المصرية .

7- عضو بالجمعيات العلمية المصرية .

8- شارك فى العديد من المؤتمرات والندوات العلمية ، واللقاءات الفكرية المرتبطة بقضايا المجتمع .

ويرحب المؤلف بتعليقاتكم واقتراحاتكم فيما يتعلق بهذه المؤلفات وذلك بالمكاتبة على البريد الإلكترونى :

E - mail : dr_meldesoki @ hotmail.com

dr_meldesoki @ yahoo.com

مقدمة :

الحمد لله ، نحمده ونستعينه ونستغفره ونستهديه ، ونتوب إليه ، ونعوذ بالله من شرور أنفسنا ، ومن سيئات أعمالنا ، فمن يهده الله فلا مُضِل له ، ومن يضلل فلا هادى له ، وأشهد أنَ لا إله إلاّ الله وحده لا شريك له ، وأشهد أنَ محمداً عبده ورسوله ، صلى الله عليه وسلم تسليماً كثيراً .

وبعد ،

يُعد اضطراب صورة الجسم شكل من أشكال الاضطرابات النفسية التى يكون فيها عدم الرضا عن المظهر الجسمى هو السمة الأساسية المحددة ، وهذا الاضطراب الجسمانى تم إدراجه حديثاً فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM - III - R) ؛ حيث كان يشار إليه من الناحية التاريخية على أنه القلق على جمال وصحة الجسم Beauty Hypochondria والخوف من التشوه أو العجز Dysmorphophobia وتشمل محكات الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM - III - R) ، وكذلك محكات الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) الخاصة بالاضطراب انشغال الفرد الزائد عن الحد بعيب تخيلى أو مبالغ فيه فى المظهر الجسمى ، ومثل هذا الانشغال لدى الشخص ذو المظهر العادى لا يكون بالضرورة انشغالاً مبالغاً فيه ، ومن الأمور التى تضيف الحيرة والارتباك بشأن التشخيص الصعوبة فى التمييز بين حالة نفسية مرضية أو سيكوباثولوجية وبين الانشغالات العادية أو الطبيعية بشأن المظهر ؛ لذلك أضاف الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات

النفسية محكاً يقضى بأن انشغال الفرد يجب أن يكون حاداً أو شديداً بما يكفى أن يسبب خللاً وظيفياً ، والأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب ليسوا ساخطين أو غير راضين فقط عن مظهرهم ، ولكنهم يكونون غاية فى الانشغال والهم إلى الحد الذى تسيطر عليهم فكرة أن جزءاً ما من جسمهم يعتبر قبيحاً أو معيباً ويكتنفهم الضيق أو الكرب بشأن مشكلتهم الجسمية لدرجة أن عملهم وحياتهم وعلاقاتهم الاجتماعية تتأثر بذلك ، ويعتقدون دائماً أن هناك شيئاً خطأ أو أن هناك مشكلة تتعلق بنسيج جلدهم أو يوجد تشوه أو عيب فى شكل الأنف أو الفم أو الحواجب أو الصدر أو البطن أو الإليتين ، وفى أغلب الأحوال فإن العيوب التى ينشغل بها هؤلاء الأفراد تكون تخيلية ومبالغ فيها إلى حد كبير .

وعلى الرغم من أن عدم الرضا عن صورة الجسم يبدو أمراً عادياً فى الوقت الراهن إلا أن الانشغال بالمظهر الجسمى يُعد أمراً مقلقاً ومزعجاً لعدد كبير من الأفراد ، ويتعرض الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب للقلق والانزعاج حول أى جانب من جوانب مظهرهم على الرغم من أن مظهرهم قد يبدوا عادياً ، وغالباً ما يحدث هذا الانشغال فى المواقف الاجتماعية التى يشعر فيها الفرد بذاته ويتوقع أن يعطيه الآخرون قدراً كبيراً من الاهتمام والتركيز ؛ لذلك فإن هؤلاء الأفراد يتجنبون المواقف الاجتماعية التى يعتقدون أنها تؤدى إلى تركيز الانتباه على مظهرهم الجسمى .

ويتضمن الكتاب خمسة فصول تتناول اضطراب صورة الجسم من حيث التعريف ، والمفاهيم المرتبطة به ، والأعراض ، والتشخيص ، والعلاج ، ومحتوى هذه الفصول كالآتى :

الفصل الأول : يتناول تعريف الاضطراب والمفاهيم المرتبطة به ، وأسبابه ، والمكونات المعرفية له ، وإحصائيات انتشاره ، وطقوس سلوكيات الأفراد الذين يعانون من الاضطراب .

الفصل الثانى : يتناول محكات تشخيص الاضطراب ، وتشخيصه لدى عينات سكانية مختلفة كالمراهقين ، والراشدين أو البالغين ، والنساء السمينات ، وراقصات الباليه ، واللاعبين الرياضيين ، والأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل .

الفصل الثالث : يهتم بعرض مجموعة من الدراسات التى تناولت علاج الاضطراب .

الفصل الرابع : يهتم بعرض برنامج للعلاج المعرفى السلوكى للاضطراب .

أما الفصل الخامس والأخير : فيهتم بعرض مجموعة من الأدوات التى تفيد فى تقدير وقياس الاضطراب .

وبعد ...

اللهم إنى بذلت قدر جهدى ما استطعت ، واستنفرت من طاقتى ما أدركت ، وتوكلت عليك سبحانك فيما كتبت ، فإن كنت وصلت إلى الصواب فيما ذهبت إليه فالمنة والفضل منك ، وإن كان هناك من خطأ أو وهن فمنى ، وحسبى أننى بشر قد حاولت فأخطأت وأصبت ، وإليك اللهم أتوجه بالرجاء

والدعاء أن يكون عملى خالصاً لوجهك الكريم وأن تنفعنى به ، وأن ينتفع به القارىء .

والله من وراء القصد وعلى الله قصد السبيل ...

دكتور

مجدى الدسوقى

شبين الكوم فى 1 / 8 / 2005 م

الفصل الأول

1

نظرة عامة حول الاضطراب

مقدمة :

تشكل وظيفة الجسم ومظهره جانباً مهماً من جوانب الحياة ، ويتمثل ذلك فى تفاعلات الآخرين أو ردود أفعالهم تجاه جسم أيٍ منا ، وكذلك عندما نتفاعل مع العالم الاجتماعى المحيط بنا (جاكسون Jackson ، 1992 ، 201) .

ويُعد مظهر الجسم من الأمور الرئيسة التى تشغل بال كثير من الناس ، ويظهر ذلك جلياً فى النظرة الخارجية التى تختص بالتأثيرات الاجتماعية للمظهر والنظرة الداخلية التى تشير إلى التجارب أو الخبرات الشخصية التى تختص بالمظهر أو بما يبدو عليه الفرد فى الواقع ، والنظرة الداخلية بمعناها الواسع هى ما أطلق عليه علماء النفس ما يسمى بصورة الجسم Body Image والتمييز بين النظرة الداخلية ، والنظرة الخارجية يعتبر ذو أهمية بالغة لأننا لا نرى أنفسنا بالطريقة التى يرانا بها الآخرون (كاش Cash ، 1990 ، 59) .

ومعظم التجارب أو الخبرات المتعلقة بالجسم بالنسبة لعدد كبير من الأفراد مملوءة أو مشحونة بالاستياء أو السخط وعدم الرضا والانشغال الزائد عن الحد أو المبالغ فيه الذى يشعر به الفرد ذاتياً ؛ لذلك يقوم هؤلاء الأفراد بمحاولات عديدة لتغيير مظهرهم ويعيشون فى نضال مستمر من أجل تحقيق هذا الهدف ، ومن ثم التعامل مع المشاعر أو العواطف السلبية الناتجة عن ذلك ، وكل هذه الجهود تسهم إلى حد كبير فى ظهور عدد من الاضطرابات النفسية .

وعندما يكون الجانب الجسمى الذى له علاقة باضطراب صورة الجسم شديداً أو قاسياً فإن الاضطراب يدخل فى دائرة ما يسمى بخواف العجز أو

التشوه Dysmorphophobia (لاسى وبرتشنيل Lacey & Birtchnell ، 1986 ، 625) ، وهذا الكيان الإكلينيكى أطلق عليه فى الآونة الأخيرة اضطراب تشوه صورة الجسم Body Dysmorphic Disorder وهذا الاضطراب أدخل فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات النفسية Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - III - R) تحت نمط الاضطرابات جسمية الشكل .

تعريف صورة الجسم :

يعرف تومسون Thompson (1990 ، 2) صورة الجسم بأنها الصورة التى يكونها الفرد فى ذهنه لحجم وشكل وتركيب الجسم إلى جانب المشاعر التى تتعلق بهذه الصورة ، ويتمشى هذا التعريف مع ما ذكره روزين وآخرون Rosen et al. (1991 ، 23) من أن صورة الجسم هى صورة ذهنية – إيجابية أو سلبية – يكونها الفرد عن جسمه ، وتعلن عن نفسها من خلال مجموعة من الميول السلوكية التى تظهر مصاحبة لتلك الصورة ، والملمح الأساسى لتعريف المظهر الجسمى لصورة الجسم هو تقييم الفرد لحجمه ووزنه أو أى جانب آخر من الجسم يحدد المظهر الجس مى ، وبصفة عامة يقسم المظهر الجسمى إلى ثلاث مكونات :

- مكون إدراكى Perceptual Component يشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه .
- مكون ذاتى Subjective Component يشير إلى عدد من الجوانب مثل الرضا والانشغال أو الاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم .
- مكون سلوكى Behavioral Component يركز على تجنب المواقف التى تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب أو المضايقة التى ترتبط بالمظهر

الجسمى ، ويرى سلاد Slade (1994 ، 498) أن مرضى اضطرابات الأكل لديهم تمثيل عقلى مفكك لصورة الجسم ؛ حيث يبالغون فى تقدير حجم الجسم ، وهذه المبالغة فى تقدير حجم الجسم تتأثر بدرجة عالية بمتغيرات معرفية ووجدانية ومتغيرات أخرى مثل تاريخ التقلب فى الوزن والمعايير الثقافية .

ويعتبر اضطراب تشوه صورة الجسم (Body Dysmorphic Disorder BDD) اضطراب آخر لصورة الجسم يتمثل فى الانشغال الزائد عن الحد بعيب " تخيلى " فى المظهر (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، 1994 ، 255) .

واضطراب تشوه صورة الجسم (BDD) يتكامل أو يتداخل مع الاضطرابات الأخرى ، وذلك يعلل أو يضع تفسيراً للسبب فى أن فرد ما ربما يكون متوافقاً من الناحية الانفعالية للحروق الشديدة أو لجزء كبير لأثر ندبة أو حرق على وجهة ، بينما ينزعج ويضطرب فرد آخر لوجود نتوء عظمى صغير على أنفه ، ولهذا فإن النموذج المعرفى السلوكى لصورة الجسم يركز على اضطراب تشوه صورة الجسم .

والكتابات التى تناولت طرق علاج صورة الجسم ركزت على المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل أو المرضى المنشغلين بدرجة زائدة عن الحد بوزنهم وشكلهم وذلك لارتباط اضطراب صورة الجسم باضطرابات الاكل (تومسون Thompson ، 1990 ؛ سلاد Slade ، 1994) .

ويطلق البعض على اضطراب تشوه صورة الجسم Body Dysmorphic Disorder اسم الدمامة أو القبح التخيلى Imagined Ugliness ، ومن نتائج هذا الاضطراب التفكير فى الانتحار ، ومحاولات الانتحار بل والانتحار ذاته (

فيلبس Philips ، 1991 ، 1139) .

تعريف اضطراب تشوه صورة الجسم :

توجد تعريفات متعددة لاضطراب تشوه صورة الجسم منها مايلى :

– انشغال زائد عن الحد ببعض العيوب التخيلية في المظهر الجسمى لدى شخص يبدو طبيعياً أو عادياً (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، 1994 ، 255) .

– انشغال زائد عن الحد بالمظهر الوجهى أو الصدر أو أجزاء أخرى من الجسم فى نفس الوقت (هولاندر وآخرون Hollander et al. ، 1989 ، 768) .

– نفور ذاتى لجزء معين من الجسم قد يبدو عادياً أو طبيعياً للملاحظ أو لمن يلاحظه (تومسون Thompson ، 1990 ، 2) .

– انشغال الفرد الزائد عن الحد بعيب ما فى المظهر يبدو فى الحقيقة لدى الآخرين عادياً بدرجة معقولة (فيلبس Philips ،1991 ، 1139) .

– انشغال الفرد الزائد عن الحد بعيب أو عجز بدنى أو جسمى مدرك (شميدت وهارينجتون Schmidt & Harrington ، 1995 ، 161) .

– انشغال وهم زائد عن الحد بعيب ما فى المظهر الوجهى بصفة خاصة أو المظهر الجسمى بصفة عامة يؤدى بصاحبه إلى تجنب المواقف الاجتماعية (فيلى وآخرون Veale et al. ، 1996 أ ، 717) .

– انشغال مفرط من جانب شخص ذو مظهر جسمى عادى بعيب طفيف فى مظهره الجسمى ، وربما لا يكون لهذا العيب وجود على الإطلاق سوى فى مخيلة هذا الفرد (ألبرتينى وفيليبس Albertini & Phillips ، 1999 ، 454) .

- انشغال زائد عن الحد بشأن المظهر الجسمى يؤدى بصاحبه إلى العديد من السلوكيات الانهزامية للذات (فى Veale ، 2001 ، 125) .

- حالة نفسية تؤدى إلى الانشغال الزائد عن الحد والمغالى فيه يتمثل فى عدم القابلية للمظهر الجسمى مما يؤدى فى النهاية إلى اختلال وتمزق أو تصدع فى حياة الفرد الذى يعانى من هذا الاضطراب .

واضطراب تشوه الجسم (BDD) Body Dysmorphic Disorder هو شكل من أشكال الاضطرابات النفسية التى يكون فيها اضطراب صورة الجسم هو السمة الأساسية المحددة ، وهذا الاضطراب الجسمانى تم إدراجه حديثاً فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM - III - R) حيث كان يشار إليه من الناحية التاريخية على أنه القلق على جمال وصحة الجسم Beauty Hypochondria والخوف من التشوه أو العجز Dysmorphophobia وتشمل محكات الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM - III - R) وكذلك الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) الخاصة باضطراب تشوه صورة الجسم أنه انشغال زائد عن الحد لدى الفرد بعيب تخيلى أو مبالغ فيه فى المظهر الجسمى ، ومثل هذا الانشغال لدى الشخص ذو المظهر العادى لا يكون بالضرورة انشغالاً مبالغاً فيه .

ومن الأمور التى تضيف الحيرة أو الارتباك بشأن التشخيص هى الصعوبة فى التمييز بين حالة نفسية مرضية أو سيكوباثولوجية وبين الانشغالات العادية أو الطبيعية بشأن المظهر ، ولهذه الأسباب أضاف الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) معياراً يقضى بأن انشغال البال يجب أن يكون حاداً أو شديداً بما يكفى أن يسبب

خلل وظيفى (ماك إيلروى وآخرون McElroy et al. ، 1993 ، 390) .

ويرى هالجين ووايتبورن Halgin & Whitbourne (1997 ، 242) أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم يتجنبون أى انعكاس للمشكلة التى يعانون منها فنجدهم مثلاً يغطون مرايا حجرات نومهم ، أو يقومون بعبور الشارع بسرعة ليتجنبوا أى انعكاس لمشكلتهم على نافذة أو فاترينه متجر، وفى بعض الأوقات يقترب تفكيرهم من أو يشابه الذهان الهذائى أو البارانويا Paranoia ؛ حيث يتخيلون أن الآخرين يفكرون أو يحملقون فيهم ، وربما يتخذون بعض التدابير أو الإجراءات لإخفاء الشئ الذى يسبب لهم الانشغال أو الهم فمثلاً الفتاة المضطربة أو المهمومة بسبب نسيج شعرها الهش أو الفتاة خفيفة الشعر ترتدى قبعة البيسبول Base Ball Hat طوال الوقت ، والرجل المضطرب أو المهموم بشأن وجود علامة أو حفرة صغيرة فى جلد الوجه من أثر الجدرى مثلاً أو أثر ندبة على جلد الوجه يطلق لحيته ويصبغها بلون غامق لكى تخفى العيب الذى لا يكاد يلاحظه الآخرون أو يلاحظونه بالكاد ، وقد أكد ستافيرى Staffeeri على أن صورة الجسم لها أثر بالغ على تفاعل الفرد الاجتماعى ، ويؤثر نتاج هذا التفاعل على نمو وتطور الشخصية ، ويتضح ذلك من خلال محاولة الأفراد الذين يدركون أنفسهم على سبيل المثال بأنهم ذوو قامة قصيرة أو من ذوى السمنة المفرطة خوفاً مما قد يصدره الآخرون عليهم من أحكام سلبية ؛ ولذا فإنهم غالباً ما نجدهم أكثر انطواء وانزواء وعزلة ، وأكثر ما يميز سلوكهم الخجل والتوتر (علاء الدين كفافى ومايسة النيال ، 1995 ، 20) .

بينما يرى جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى (1989 ،

248) أن صورة الجسم عبارة عن صورة ذهنية نكونها عن أجسامنا ككل بما فيها الخصائص الفيزيقية ، والخصائص الوظيفية (إدراك الجسم) واتجاهاتنا نحو هذه الخصائص (مفهوم الجسم) ، كما أن صورة الجسم تنبع لدينا من مصادر شعورية ، ومصادر لا شعورية وتمثل مكوناً أساسياً فى مفهومنا عن ذواتنا .

وهكذا ؛ يمكن القول بأن التعريفات الحديثة لصورة الجسم ترى أنها صورة ذهنية أو تصور عقلى – إيجابى أو سلبى – يكونه الفرد لنفسه ، ويسهم فى تكوين هذه الصورة الخبرات والمواقف التى يتعرض لها الفرد ، وبناءً على ذلك فإن صورة الجسم قابلة للتغيير والتعديل فى ضوء هذه الخبرات الجديدة ، ومن خلال عرض التعريفات السابقة يتضح أنه :

1- لا يوجد كيان موحد لصورة الجسم ، وبالتالى لا يمكن وضع تعريف لصورة الجسم بطريقة كافية عن طريق عنصر فردى مثل درجة الرضا عن وزن الفرد أو شكل الجسم مثلاً ، لذلك يجب على الباحثين والكلينيكيين أن يسعوا إلى فهم أو معرفة العوامل المتداخلة والمعقدة بين العناصر المكونة أو التى تشكل صورة الجسم .

٢ – تشير صورة الجسم إلى الإدراكات أو التصورات أو الأفكار والمشاعر التى تتعلق بالجانب الجسمى من شخصية الفرد ، وتتضمن المدركات الحسية تقديرات الصفات الجس مية الحقيقية للفـرد ، والمعايير الداخلية أو المثل العليا ، وتتعدى الحالة الوجدانية لصورة الجسم مجرد الرضا التقييمى أو عدم الرضا أو السخط من جسم الفرد لكى تشتمل على سلسلة كاملة من الانفعالات والعواطف الإيجابية والمضطربة التى ترتبط به .

٣ - تتأثر صورة الجسم بمفهوم الفرد عن ذاته الجسمي ، فمفهوم الذات السلبى ينعكس على صورة الجسم .

٤ - صورة الجسم يتم تقديرها أو تحديدها اجتماعياً فالخبرات أو التجارب البين شخصية والتنشئة الاجتماعية والثقافية هى التى تحدد المعانى الاجتماعية للجماليات الجسمية والمعانى الشخصية للسمات الجسمية للفرد ، وعلى امتداد عمر الفرد تقوم الرسائل الاجتماعية والمجتمعية بنقل مستويات أو معايير الجاذبية وتقدم تغذية راجعة عن صلاحية الفرد لمطابقته للمعايير أو المستويات المحددة من الناحية الاجتماعية (فالون Fallon ، 1990 ؛ ليرنر وجوفانوفيك Lerner & Jovanovic ، 1990) .

5- صورة الجسم ليست ثابتة أو محددة ؛ حيث تعمل على مستوى السمة والحالة ، وعلى الرغم من أن هناك ميول أو نزعات استعدادية لرؤية جسم الفرد فى مستودع إدراكى معين ، وطرق معرفية ووجدانية أو انفعالية معينة إلا أن الأحداث الموقفية أو السياقية تنشط أو تحفز صورة الجسم السلبية ، ويعتبر فهم السياق الذى توجد في هصورة الجسم السلبية ذو أهمية عظمى من الناحية الكلينيكية (كاش Cash ، 1994أ ، 133) .

٦ -تؤثر صورة الجسم على العمليات المعرفية ، فالناس الذين يكونون رسم تخطيطى أو إيضاحى أو صورة معينة لمظهرهم (أى يفكرون من الناحية المعرفية ، والعاطفية أو الانفعالية فى مظهرهم) ينشغلون أو يقومون بتكوين معلومات ضمنية عن مظهرهم بطريقة مختلفة عن الأشخاص الذين لا يوجد لديهم رسم تخطيطى أو إيضاحى لصورة الجسم (ماركوس وآخرون Markus et al. ، 1987، 53) ، والأشخاص الذين يرسمون

صورة إيضاحية لمظهرهم باتجاهات سلبية يكونون عرضة بدرجة خاصة للإدراكات المشوهة أو المضطربة التى تدل على الفتور أو اليأس من صورة الجسم .

٧ - تؤثر صورة الجسم على الأنماط السلوكية سواء الأنماط التجنبية أو الإقدامية ، وتتضمن الأنماط الإقدامية أنشطة المحافظة على المظهر مثل التمرينات الرياضية والأناقة أو الاعتناء بالمظهر ، وتؤدى هذه الأنماط إلى زيادة تقدير الفرد لذاته وإلى الاستحسان الاجتماعى ، بينما تتضمن الأنماط الإحجامية المواقف التى تقوم بدور سلبى أو التى تؤدى إلى حالة من الشعور بالفتور أو اليأس من صورة الجسم .

وفى دراسة قام بها فيليبس وآخرون Phillips et al. (1993) على 30 فرداً ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين 37 – 80 عاماً ويعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم منذ مرحلة المراهقة المتأخرة وجد أن تأثير هذا الاضطراب على حياتهم كان شديداً جداً ؛ حيث ذكر 97 % منهم أنهم كانوا يتجنبون المواقف الاجتماعية ، وكذلك الاشتراك فى أى عمل مع الآخرين ، وقد ذكر غالبية هؤلاء الأفراد أنهم كانوا يعانون من اضطرابات نفسية أخرى مصاحبة لهذا الاضطراب فى مرحلة ما من حياتهم ؛ حيث مر 93 % منهم بتجربة الاضطراب الحاد أو الشديد فى الحالة المزاجية ، 73 % منهم مر بتجربة اضطراب القلق ، 33 % بالاضطراب الذهانى ، ومر حوالى 6 % من هؤلاء الأفراد بمحاولات للانتحار ، بينما 10 % منهم كانوا حبيسى الجدران فى المنزل لفترات طويلة تصل إلى الشهر أو أكثر ، ومعظم الجهود أو التدابير التى بذلوها بهدف الحصول على الراحة النفسية كانت غير ناضجة بصفة عامة ، واشتملت هذه التدابير على علاجات جراحية للجلد والأسنان والفم

والأنف ، وهناك العديد من الأدوية مثل الفلوكستين Fluoxetine ، والكلوميبرامين Clomipramine ، والفلوفوكسامين Fluvoxamine تخفف من الضيق الانفعالى لدى هؤلاء الأفراد .

والأفراد الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم ليسوا ساخطين أو غير راضين فقط عن مظهرهم ، ولكنهم يكونون غاية فى الانشغال والهم إلى الحد الذى تسيطر عليهم فكرة أن جزءاً ما من جسمهم يعتبر قبيحاً أو معيباً ويكتنفهم الضيق والكرب بشأن مشكلتهم الجسمية لدرجة أن عملهم وحياتهم الاجتماعية وعلاقاتهم تتأثر بذلك ، ويعتقدون دائماً أن هناك شيئاً خطأً أو أن هناك مشكلة تتعلق بنسيج جلدهم أو أن هناك تشويهاً أو عيب فى شكل الأنف أو الفم أو الفك أو الحواجب ، وفى أغلب الأحوال فإن العيوب التى ينشغل بها هؤلاء الأفراد تكون تخيلية ومبالغ فيها بدرجة كبيرة (هالجين ووايتبورن Halgin & Whitbourne ، 1997 ، 242) .

وفى دراسة اعتمدت على 13 فرداً ممن يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم وجد أن هؤلاء الأفراد يشتركون فى سلوكيات قهرية ترتبط بالانشغال الزائد عن الحد تستغرق عادة ثلاث ساعات أو أكثر كل يوم (نيزروجلو وآخرون Neziroglu et al. ، 1996 ، 69 – 70) .

ويختلف الباحثون فى تصورهم للمفاهيم الخاصة باضطراب تشوه صورة الجسم فلقد تم وصفه على أنه اضطراب وسواس قهرى Obsessive - Compulsive Disorder (OCD) (هولاندر وآخرون Hollander et al. ، 1989 ؛ فيلبس Philips ، 1991) ، وعلى أنه خواف اجتماعى Social Phobia (ماركس وميشان Marks & Mishan ، 1988 ؛ روزين Rosen

، 1992) ، ويختلف فتيلو ودى ليون Vitiello & deLeon (1990 ، 220) بخصوص ارتباط اضطراب تشوه صورة الجسم باضطراب الوسواس القهرى نظراً للاستجابة العلاجية الدوائية المختلفة للاضطرابين ، وعلاوة على ذلك فإن الحالة المرضية المشتركة التى تستمر مدى الحياة أو المزمنة لاضطراب تشوه صورة الجسم واضطراب الوسواس القهرى تكون بنسبة 25 % فقط ، وبالمثل يوضح ماك كينا McKenna (1984 ، 581) أنه على الرغم من أن اضطراب تشوه صورة الجسم يتميز بمعتقدات غير عقلانية قوية يمكن أن تسيطر على حياة الفرد إلا أن هذه المعتقدات يكون مبالغ فيها وهى ليست وسواسية لطبيعتها فى واقع الأمر .

هذا بينما تبلغ نسبة الحالة المرضية المشتركة المزمنة أو التى تستمر مدى الحياة لاضطراب تشوه صورة الجسم م .ع الخ واف الاجتماعى 45 % (ماك إيلروى وآخرون Mc Elroy et al. ، 1993 ، 391) .

كما توصل فيلبس Philips (1991 ، 1139 – 1140) نتيجة مراجعاته واستعراضه للعديد من الدراسات إلى أن الاكتئاب هو الاضطراب المصاحب بطريقة أكثر تكراراً لاضطراب تشوه صورة الجسم ، وأن الحالة المرضية المشتركة والمزمنة أو المستمرة مدى الحياة مع أ ى اضطراب للحالة المزاجية تصل نسبتها إلى 96 % بالنسبة لمرضى اضطراب تشوه صورة الجسم ، 40 % تقريباً للحالات التى لديها تاريخ لمحاولات الانتحار .

ونظراً لأن مجموعة المؤلفات المتعلقة باضطراب تشوه صورة الجسم مازالت فى المهد أو فى مراحلها الأولية فإن انتشار الاضطراب غير معروف ، ومما يساهم فى نقص أو قلة المعلومات حول الاضطراب هو أن الأفراد الذين

يعانون من هذا الاضطراب يظلوا صامتين ولا يفصحون عن معاناتهم وذلك بسبب الإحراج الناتج عن انشغالهم الزائد عن الحد ، كما أن الأفراد الذين يبحثون عن العلاج يذهبون إلى العيادات الطبية بدلاً من عيادات أو مستشفيات الصحة العقلية (ماك إيلورى .McElroy et al ، 1993 ، 392) .

والغالبية العظمى من هؤلاء المرضى يسعون إلى العلاج الجراحى أو علاج الأمراض الجلدية لتصحيح عيبهم والكثير من هم يقضون وقتاً طويلاً ويبذلون مجهوداً مضنياً فى فحص مظهرهم أمام المرآة ، كما أنهم يتزينون بطرق متعددة للإخفاء أو التمويه على العيب المدرك أو الذى يتصورونه ويقارنون مظهرهم بمظهر الآخرين ، ويتجنبون المواقف التى يكون فيها مظهرهم عرضة للتدقيق أو الإحراج الاجتماعى وهناك مجموعة أخرى من هؤلاء الأفراد يصبحون ملازمين للبيت ولا يغادرونه (فيليبس وآخرون Phillips et al. ، 1993 ، 304) .

وبعض المرضى الذين يوجد لديهم اضطراب حاد ربما ينشغلون فى الحفر بأصابعهم فى جلد الوجه (سلخ أو كشط الجلد العصبى Neurotic Excoriation ، وتضخيم العيب الصغير (ستين وهولاندر Stein & Hollander ، 1992 ، 238) ، وكثيراً من هؤلاء المرضى يتشوقون بلهفة شديدة إلى تغيير مظهرهم عن طريق الجراحة التجميلية أو عن طريق العلاجات المتعلقة بالأمراض الجلدية ، وتوصل فيل وآخرون .Veale et al (1996 أ) إلى أن الدراسات المسحية التى أجريت فى هذا الصدد أوضحت أن 500 مريضاً فى المملكة المتحدة كانوا يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم نجح 26 % منهم أى 130 مريضاً فى إجراء جراحة تجميلية (ص 724) ، ولم

توجد أى دراسات تتعلق بنتيجة الجراحة التجميلية لاضطراب تشوه صورة الجسم فيما عدا دراسة فيليبس وآخرون Phillips et al. (1993 ، 303) التى أوضحت نتائجها أن عدداً قليلاً جداً ممن أجروا جراحات تجميلية حدث لهم تحسن أو تناقص فى الأعراض المرضية بينما الغالبية العظمى كانت الجراحات التجميلية السبب فى تفاقم أو زيادة حدة الأعراض المرضية .

وتكتظ عيادات جراحة التجميل فى الولايات المتحدة الأمريكية بالأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب ؛ حيث تنطبق المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب على 50 % من غالبية السكان (ساروير وآخرون Sarwer et al. ، 1998 ، 1644) .

وفى دراسة حديثة قام بها في ل Veale (2000) عن نتيجة الجراحة التجميلية التى يقوم بها الجراح ، والجراحة التجميلية التى يقوم بها المريض بنفسه ، وذلك لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم وتم جمع البيانات من 25مريضاً (22 من الإناث ، 3 من الذكور) ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين 22 – 63 عاماً ، وذكر هؤلاء المرضى وقت الفحص النفسى أنهم أجريت لهم جراحة تجميلية أو أكثر فى الماضى ، وكان هؤلاء المرضى محولون من استشارى للأمراض النفسية وطلب من هؤلاء المرضى أن يقدروا ما يلى :

أ- درجة الرضا عن كل عملية أجريت لهم على مقياس متدرج من عدم الرضا الشديد جداً إلى الرضا الشديد جداً .

ب- التغير الذى حدث فى الوقت المستغرق فى التفكير والضيق أو الكرب الذى مروا به بعد العملية وذلك على مقياس متدرج من أقل بدرجة كبيرة جداً إلى أزيد بدرجة كبيرة جداً .

جـ- التغير الذى حدث فى الانشغال الزائد عن الحد بالحياة الاجتماعية بعد العملية وذلك على المقياس السابق ذكره .

وطلب من المرضى أن يحددوا إذا كان الانشغال الزائد عن الحد بجانب معين أو جزء معين من الجسم انتقل إلى جانب أو جزء آخر بعد العملية الجراحية ، وكثير من هؤلاء الأفراد الذين أجريت لهم جراحة تجميلية قد حصلوا على قروض من البنوك أو استدانوا من أقاربهم بغرض إجراء هذه الجراحة التجميلية ، وجاءت تقديرات الرضا عن العملية الجراحية التى أجراها أفراد العينة كما يلى : كانت النسبة عالية لترقيع أو تقويم الثدى ، وشد الوجه ، وتقويم صيوان الأذن ، وشد الجفون ، وكان تقدير الرضا منخفض إلى حد ما بالنسبة لتقويم الأنف التى كانت أكثر العمليات شيوعاً فالأنف كان ألكثر الأجزاء المعتادة لمصدر الشكوى ، وذكر 50 % من أفراد العينة ممن كان لديهم قلق مضاعف بشأن مظهرهم انتقال الانشغال الزائد عن الحد إلى منطقة أو جزء آخر من الجسم بعد إجراء العملية مما جعلهم يشعرون بالذنب لأن مظهرهم ازداد سوءً وبالتالى ازدادت الأعراض المرضية النفسية لديهم مما جعلهم يفكرون فى إجراء المزيد من العمليات الجراحية التجميلية ، كذلك أظهرت النتائج أن 16 % من أفراد العينة كانوا غير راضين عن منطقة أو جزء من الجسم ولكنهم لم يرغبوا فى إجراء المزيد من العمليات الجراحية ، وذكر 36 % من أفراد العينة فى تقاريرهم أنهم أجروا عمليات جراحية لأنفسهم بطريقة مأساوية بهدف تغيير مظهرهم بسبب يأسهم الشديد لأنهم لا يستطيعون إجراء جراحة تجميلية لعدم قدرتهم المالية على إجراء هذه الجراحة ، وجميع هذه الحالات كانت غير راضية بنتائج محاولتهم الخاصة لإجراء الجراحة .

وبالتعقيب على هذه الدراسة يتضح أن معظم المرضى الذين يعانون من

اضطراب تشوه صورة الجسم ذكروا وجود درجة عالية من عدم الرضا عن الجراحة التجميلية ، وزيادة الأعراض المرضية المصاحبة لاضطراب تشوه صورة الجسم ، وارتبطت بعض العمليات الجراحية مثل جراحة تجميل الأنف بدرجة عالية بعدم الرضا ، كما أن جراح ات تقويم الثدى ، وتجميل صيوان الأذن ، وشد الجفون تشغل بال الكثيرين من المرضى وبالتالى يميلون إلى إجراء جراحة تجميلية لهذه الأجزاء ، ومما يجب التأكيد عليه أنه حتى عندما يكون المرضى راضين جزئياً أو كلياً عن نتائج هذه الجراحات التجميلية إلا أن الانشغال الزائد عن الحد ينتقل دائماً إلى منطقة أو جزء آخر من الجسم ؛ لذلك يؤكد معظم الباحثين فى هذا المجال على أن البداية الحقيقية لاضطراب تشوه صورة الجسم لدى هؤلاء المرضى تبدأ بعد إجراء الجراحة التجميلية .

والدافع إلى الجراحة التجميلية التى يقوم بها المريض بنفسه دافعاً معقداً يظهر بدرجة أساسية فى التمويه أو الإخفاء للعيب المدرك أو محاولة تحقيق مثل أعلى غير واقعى أو غير حقيقى ، وهذا الدافع لا يتمشى مع إلحاق الضرر بالنفس أو الذات ، ولهذا الدافع نتيجة نفسية سيئة قد تؤدى إلى تفاقم أو استفحال الاضطراب ، ويرى فيلى وآخرون Veale et al. (1996 أ ، 718) أن غالبية هذه الجراحات أدت إلى زيادة معدل محاولات الانتحار .

وفيما يلى أمثلة لجراحات تجميلية قام بها المرضى لأنفسهم :

1- رجلاً كان مشغولاً انشغالاً زائداً بجلده لدرجة أنه اعتقد أن جلده مفككاً وغير مترابط بدرجة كبيرة فقام بوضع دبابيس على جانبى وجهه فى محاولة منه لجعل جلده مشدوداً وسقطت الدبابيس بعد عشرة دقائق من تثبيتها ونجا بأعجوبة من تدمير أو إتلاف العصب الوجهى .

2- امرأة كانت مشغولة انشغالاً زائداً بشكل وجهها وفكيها فقامت ببرد أسنانها

لكى تغير شكل أو مظهر فكيها مما تسبب فى تآكل ميناء الأسنان وحدوث آلام شديدة وتطلب ذلك نقلها إلى المستشفى للعلاج .

3- رجلاً كان مشغولاً انشغالاً زائداً عن الحد نتيجة لوجود احمرار على جزء من جلد وجهه كان يقوم بطريقة متكررة بشك نفسه بإبره لكى يحدث نزيف لنفسه ، أو يذهب إلى عيادات نقل الدم لكى يتبرع بدمه حتى يجعل نفسه شاحباً ولا يظهر الاحمرار الذى يسبب له ضيقاً .

4- امرأة كانت منشغلة انشغالاً زائداً عن الحد ومضطربة اضطراباً شديداً نتيجة لشعورها بالقبح فى مناطق متعددة من جسمها و كانت ترغب فى إجراء عملية شفط دهون ولكنها لا تملك المال الكافى لإجراء هذه العملية فاستخدمت سكيناً وقامت بقطع أجزاء من أوراكها وحاولت أن تضغط بيدها لتخرج أو تعصر الدهون مما أدى إلى حدوث نزيف وتطلب ذلك نقلها إلى المستشفى للعلاج .

5- رجلاً كان قلقاً ومنزعجاً بشدةً من جلد وجهه فاستخدم صنفرة صغيرة كنوع أو شكل من العلاج الجلدى لإزالة الندبات أو آثار حب الشباب مما أدى إلى حدوث التهابات شديدة بوجهه ونزيف حاد وفى النهاية تم نقله إلى المستشفى للعلاج (فيل Veale ، 2000 ، 218 – 219) .

المفاهيم المتعلقة بصورة الجسم فى الماضى والحاضر :

يرى فيشر Fisher (1986 ، 1990) أن مفهوم صورة الجسم له تاريخ طويل ، ففى بداية القرن العشرين ركزت المفاهيم والدراسات التى تناولت صورة الجسم على المرضى الذين لديهم إعاقة من الناحية العصبية ، وعلى الرغم من أن هذه الجهود قد أدخلت دراسة صورة الجسم إلى الساحة العلمية إلا أن الجوانب النفسية المتعلقة بصورة الجسم حظيت باهتمام ضئيل ، أما علماء

منتصف القرن العشرين أمثال شيلدر Schilder ، وشيرير Scheerer ، ووتكن Witkin ، وفيشر Fisher ، وشونتز Shontz ذهبوا إلى ما وراء المجال العصبى المرضى وتوصلوا إلى منظور سيكولوجى متنوع عن التجارب المتعلقة بصورة الجسم فى الحياة اليومية ، وفى أواخر القرن العشرين ظهرت العديد من البحوث التى اهتمت بدراسة صورة الجسم نتيجة الاهتمام المتزايد بالاضطرابات الكلينيكية المرتبطة بالأكل ، وهذه المجموعة من المؤلفات تناولت صورة الجسم بطريقتين متميزتين هما :

الطريقة الأولى : ركزت على المفهوم الإدراكى لصورة الجسم الذى يتعلق بالدقة أو التشوه أو الانحراف لتقديرات المرضى لحجمهم البدنى (البعد الإدراكى أو المكون الإدراكى) .

الطريقة الثانية : ركزت على المفهوم الاتجاهى لصورة الجسم ، والذى ينعكس فى الطباع الانفعالية أو الوجدانية والمعرفية أو السلوكية بالمقارنة بالصفات الجسمية أو المظهر الجسمى (كاش Cash ، 1990 ، 61) .

وهذا يعنى أن صورة الجسم ترادف إلى حد كبير التقديرات المشوهة غير الدقيقة لعرض الجسم أو الاستياء من الوزن الزائد عن الحد إلا أن هذا التصور تجاهل الصفات غير المرتبطة بالوزن مثل ملامح الوجه ، وحجم الصدر ، وحجم الأرداف ، وفقدان الشعر .

أسباب اضطراب صورة الجسم :

لا توجد أى معلومات مفيدة أو ذات معنى عن العوامل البيولوجية أو النفسية التى تدل على استعداد مسبق أو قابلية للتعرض لهذا الاضطراب ، والدليل المتوفر أو المتاح عن أسباب المرض يأتى من مصدر ضعيف جداً ،

وهو نمط الحالة المرضية المشتركة لاضطراب أو ت شوه صورة الجسم مع اضطرابات أخرى ، فاضطراب تشوه صورة الجسم هو اضطراب جسمانى وذلك لأن سمته الأساسية هى الانشغال النفسى الزائد عن الحد بقضايا أو موضوعات تتعلق بالجسم فمثلاً فى توهم المرض Hypochondriasis يكون التركيز على الإحساسات الجسمية ، وفى اضطراب تشوه صورة الجسم يكون التركيز على المظهر البدنى ، وقد أكدت نتائج العديد من الدراسات أ ن الكثير من الاضطرابات التى تتعلق بشكل الجسم تميل إلى أن تحدث فى وقت واحد ، وعلى الرغم من ذلك فإن اضطراب تشوه صورة الجسم لا يتزامن فى الحدوث مع اضطرابات أخرى تتعلق بالناحية الجسمية (بارلو وديوراند Barlow & Durand ، 1999 ، 166) .

والاضطراب الوحيد الذى يتزامن حدوثه بالفعل بطريقة متكررة مع اضطراب تشوه صورة الجسم هو اضطراب الوسواس القهرى (تيجمان Tiggemann ، 1997) ، والسؤال الذى يتبادر إلى الذهن الآن هل اضطراب تشوه صورة الجسم يختلف عن اضطراب الوسواس القهرى أم يتشابه معه ؟ ، يوجد بالتأكيد الكثير من أوجه التشابه فالناس الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم يشتكون دائماً من وجود أفكار ملحة وتطفلية وفظيعة بش أن مظهرهم ، كما أنهم يشتركون فى بعض السلوكيات القهرية كالنظر بطريقة متكررة فى المرآة لكى يفحصوا أو يتأكدوا من الملامح الجسمية التى ينشغلون بها ، ويشترك اضطراب تشوه صورة الجسم واضطراب الوسواس القهرى بصورة تقريبية فى بداية عمر حدوث الاضطراب .

وهناك طريقتان للعلاج من اضطراب تشوه صورة الجسم ، الأولى هى العلاج الدوائى المتمثل فى الكلومبيرامين (الأنافرانيل) (Clomipramine

(Anafranil والفلوكستين (بروزاك) (Prozac Fluoxetine) ، وهذان العقاران يوفران الراحة النفسية للأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب ، وهذه الأدوية نفسها ذات تأثير فعال فى علاج اضطراب الوسواس القهرى ، كما أن فنية التعريض ومنع الاستجابة Exposure and Response Prevention التابعة للعلاج المعرفى السلوكى تفيد فى علاج كل من اضطراب تشوه صورة الجسم واضطراب الوسواس القهرى (فيل وآخرون .Veale et al ، 1996 أ ؛ فيل Veale ، 2000) .

وقد أوضحت نتائج الدراسات الحديثة أن اضطراب تشوه صورة الجسم يزدي انتشاره بين الأفراد الذين أجريت لهم جراحة تجميل أو تقويم للأسنان أو معالجات خاصة للجلد ، وبعض الباحثين يقدرون أن نسبة تبلغ 20 % من جميع المرضى الذين يطلبون جراحة التجميل يعانون من الوسواس القهرى ، بينما يرى آخرون أن النسبة المئوية لهؤلاء المرضى أعلى من ذلك بكثير .

وأكثر الجراحات شيوعاً بين الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم هى الجراحات التجميلية للأنف (ما يتعلق بتعديل حجم الأنف) ، وشد الوجه ، ورفع الحواجب أو تعليتها أو جراحة تغيير خط الفك ، والمشكلة هى أن الجراحة نادراً ما تحدث النتائج المرغوب فيها أو المرجوة ، ومن ثم يعود هؤلاء الأفراد إلى إجراء جراحة إضافية على نفس العيب أو يركزون على عيب آخر جديد وهكذا ، ويؤكد ذلك هولاندر وآخرون .Hollander et al (1989 ، 769) ؛ حيث يرون أن مريضاً أجريت له أربع عمليات تجميلية منفصلة فى الأنف وبعد ذلك أصبح منشغلاً بشأن الشعر الخفيف فى الرأس والأكتاف المائلة .

ويرى فيليبس وآخرون .Phillips et al (1993 ، 305) أن بعض

المرضى يصبحون من هواة الأنوف والصدور والشفاه والأسنان والفكوك الصناعية ، ويضيفون أن من بين 25 مفحوصاً أجروا عملية جراحية لمعالجة الأسنان اثنان فقط شعروا بالراحة النفسية ، وفى أكثر من عشرين حالة ازدادت حدة الاضطراب والضيق والكرب بعد الجراحة .

ويُعد الطبيب النفسى الإيطالى مورسيلى Morselli هو أول من استخدم مصطلح خواف التشوه أو العجز Dysmophophobia وذلك فى عام 1886م ، وأكثر الانشغالات شيوعاً فى هذا الاضطراب هى الانشغال الزائد عن الحد بالأنف ، والجلد ، والشعر ، وجفون العينين ، والفم ، والشفتين ، والفك ، والذقن ومع ذلك فإن أى جزء من الجسم ربما يكون متضمناً داخل دائرة هذا الانشغال ، والانشغال المبالغ فيه يركز بين الحين والآخر على العديد من أجزاء الجسم ، وتتضمن الشكاوى من الناحية النمطية العيوب الطفيفة أو المدركة فى الوجه ، ومعالم حجم الجسم بمعنى أن تكون صغيرة أكثر من اللازم أو كبيرة أكثر من اللازم ، والشعر الخفيف أو الصلع ، وحب الشباب ، والتجعيدات ، والندبات ، وآثار الجروح ، والدوالى ، والشحوب أو احمرار البشرة ، وعدم التناسق بين أجزاء الجسم المختلفة ، وأحياناً تكون الشكوى غامضة أو مبهمة تماماً وربما تصل إلى عدم وجود أى شئ أكثر من أن المريض يشعر أنه قبيح بصفة عامة (فيلي Veale ، 2001 ، 125) .

ومما يساعد على انتشار هذا الاضطراب أنه اضطراب خفى لا يسعى الأفراد الذين يعانون منه إلى طلب المساعدة أو العلاج ، وعندما يسعون إلى ذلك لا يستشيرون الطبيب النفسى ، ولكنهم يستشيرون طبيباً للأمراض الجلدية أو جراح التجميل (فيلي Veale ، 2001 ، 125) .

وقد وجد ساروير وآخرون .Sarwer et al (1998 ، 1645) أن 5

% من النساء اللاتى يترددن على عيادات الجراحات التجميلية فى الولايات المتحدة الأمريكية كانوا يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم ، بينما يرى فيل Veale (2001 ، 125 – 126) أنه فى بعض الأحيان يذهب الأفراد الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم إلى ممارس عام أو أخصائى نفسى لأنهم يكونوا خجولين من أن يكشفوا أعراضهم المرضية الأساسية ، ومن ثم يقدمون أعراض مرضية خاصة بالاكتئاب أو الخواف الاجتماعى ، والأسئلة النوعية الخاصة هى التى تكشف عن اضطراب تشوه صورة الجسم ، فالمرضى الذين يعانون من الاضطراب يكونوا كتومين للأعراض المرضية مثل الحملقة أو النظر بإمعان فى المرآة ، وذلك لأنهم يخشون أن يظن الآخرين أنهم مغرورين أو نرجسيين .

وعادة يتم تشخيص اضطراب تشوه صورة الجسم بعد مرور عشر سنوات من وجوده أو ظهوره الأولى ، ويتم علاجه غالباً بطريقة غير ملائمة بالأدوية المضادة للذهان Antipsychotic Medication (فيليبس Phillips ، 1998 ، 36) .

ويرى فيل وآخرون Veale et al. (1996 ب ، 197) أن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب يكونون غالباً من العاطلين أو غير المتميزين فى العمل ، ويعتكفون فى منازلهم أو ينعزلون من الناحية الاجتماعية وذلك بسبب الاضطراب ، ويجب عمل تقدير للخطر وذلك لأن هناك نسبة عالية للانتحار وإلحاق الضرر بالنفس نتيجة لهذا الاضطراب .

وبائيات عدم الرضا عن صورة الجسم :

قام كاش وآخرون Cash et al. (1985) بإجراء مسح قومى لتحديد مدى الرضا عن صورة الجسم لدى مجموعة قوامها 30.000

مفحوص ومفحوصة تم انتقاء 2000 فرداً منهم يمثلون التوزيع الخاص بالجنس أو النوع ، والعمر الزمنى ، وكشفت النتائج أن كل سيدتين من بين خمس سيدات ، وكل رجل من بين ثلاثة رجال كانوا غير راضين عن مظهرهم العام ، وتعنى هذه النتائج أن هناك نسبة مئوية كبيرة من كلا الجنسين يعانون من عدم الرضا عن المظهر الجسمى ، وكان الوزن هو أكبر سمة بدنية غير مرغوبة فحوالى 55 % من السيدات ، 41 % من الرجال كانوا غير راضين أو ساخطين على وزنهم وتعنى هذه النتيجة أن النساء أكثر قلقاً من الرجال بش أن بدانتهن ، كما أن حوالى 57 % من السيدات ، 50 % من الرجال كانوا غير راضين عن منطقة الوسط أو الخصر ، وعلاوة على ذلك فعلى الرغم من أن الأفخاذ المستديرة هى التعبير الطبيعى من الناحية البيولوجية للحالة النسوية فإن حوالى 50 % من النساء ، 21 % من الرجال كانوا يكرهون جذعهم السفلى ، وأن 45 % من النساء ، 32 % من الرجال كانوا يكرهون منطقة الصدر وتحديداً منطقة الثدى .

والدراسات الحديثة التى أجريت فى هذا الصدد اعتمدت نتائجها على هذا المسح ، ولكن كانت درجة الاستياء أو عدم الرضا عن صورة الجسم بنسب أكبر من النسب السابق ذكرها .

إحصائيات انتشار اضطراب صورة الجسم :

من الصعب تقدير مدى انتشار اضطراب تشوه صورة الجسم ، وذلك لأن الطبيعة الأساسية لهذا الاضطراب تميل إلى أن تكون سراً يحتفظ به المرضى لأنفسهم ، ولا يفصحون عنه كثيراً ، ومع ذلك فإن أفضل التقديرات أنه شائع بدرجة كبيرة ، وأنه بدون أى علاج يميل إلى أن يدوم مدى الحياة (فيلبس

Philips ، 1991 ؛ فيل وآخرون .Veale et al ، 1996 أ) ، وفى دراسة قام بها فيليبس وآخرون .Phillips et al (1993 ، 304) ذكرت إحدى المريضات أنها كانت تعانى من هذا الاضطراب لمدة 71 عاماً منذ أن كانت فى التاسعة من عمرها .

وتشير نتائج بعض الدراسات الحديثة التى أجريت فى هذا الصدد أن ما يقرب من 70 % من طلاب وطالبات الجامعة يشعرون بالسخط وعدم الرضا عن المظهر الجسمى ، وأن 20 % منهم يرون أنه تنطبق عليهم الم حكات التشخيصية للاضطراب (فيل Veale ، 2001 ، 128) .

ومعظم الأفراد الذين يعانون من الاضطراب لا يبحثون عن العلاج النفسى لذلك يندر وجودهم فى عيادات الصحة النفسية ، ولكنهم يبحثون عن نوع آخر من العلاج المتمثل فى العلاج التجميلى ؛ لذلك تمتلئ بهم عيادات التجميل اعتقاداً منهم أن جراحى التجميل يستطيعون أن يخلصوهم من معاناتهم ، ولم يرتبط اضطراب تشوه صورة الجسم بجنس أو نوع واحد وطبقاً للتقارير المنشورة فإن نسبة أكبر بدرجة طفيفة من النساء عن الذكور يتأثرون بللاضطراب ؛ حيث أظهرت الإحصائيات أن حوالى 62 % من الذكور يعانون من الاضطراب فى اليابان (بارلو وديوراند Barlow & Durand ، 1999 ، 165) .

ومما يساعد على انتشار الاضطراب أن معظم الأفراد الذين يعانون منه يترددون فى السعى أو البحث عن العلاج ، وفى حالات كثيرة جداً يقوم الأقارب بفتح الموضوع ويطلبون مساعدة الفرد الذى يعانى من الاضطراب .

ويتراوح سن بداية حدوث الاضطراب من المراهقة المبكرة حتى العشرينات من العمر ويصل إلى الذروة فى سن 18 أو 19 عاماً (فيليبس

وآخرون .Phillips et al ، 1993 ؛ فيلي وآخرون .Veale et al ، 1996 ب) ، وتنعكس شدة أو حدة هذا الاضطراب تنعكس فى النسبة المئوية العالية التى تبلغ 24 % لمحاولات الانتحار من بين كل 50 حالة تعانى من هذا الاضطراب (فيلي وآخرون .Veale et al ، 1996 أ ، 718) .

وتحدد المعايير أو المحددات الاجتماعية والثقافية للجمال وصورة الجسم إلى حد كبير ما هو الشئ المعيب ، فعلى سبيل المثال ففى معظم الثقافات من المرغوب فيه أن يكون جلد الأ نثى أخف وأكثر نعومة من جلد ال ذكر ، والانشغال بشأن عرض الوجه يعتبر شائعاً جداً فى اضطراب تشوه صورة الجسم ويمكن أيضاً أن يكون محدداً أو متعارف عليه من الناحية الثقافية فحتى وقت قريب فى بعض مناطق من فرنسا وإفريقيا وجرين لاند وبيرو كان يتم إعادة تشكيل شكل رأس الطفل الرضيع المولود حديثاً إما باليد أو باستخدام كابات أو طاقيات ضيقة تثبت بخيوط حتى لا تخلع ، وأحياناً كان يتم تطويل أو استطالة الوجه بنفس الأسلوب ، وفى أحيان أخرى كان يتم تعريض أو توسيع الوجه ، وبالمثل وبطرق متشابهة أجريت محاولات لتسوية أنوف الأطفال المولودين حديثاً (فللون Fallon ، 1990 ، 85) .

ومن الشائع فى أوغندا وضع قرص أو شريحة معدنية داخل الشفة السفلى حتى تأخذ شكل معين ، وفى استراليا وغينيا الجديدة يتم كسر أو نزع الأسنان العلوية الأربعة الأمامية احتفالاً بوصول المراهق إلى مرحلة الرشد ، وفى بعض القبائل يتم عمل ثقوب فى الأسنان الأمامية الست ووضع قطعاً نحاسية على شكل نجمة بدلاً منها ويتم أيضاً برد هذه الأسنان إلى أن تصبح ذات أطراف حادة ، وفى بورما Burma تلبس الإناث حلقات نحاسية حول الرقبة منذ عمر مبكر وذلك لتطويل الرقبة (بارلو وديوراند & Barlow

(Durand ، 1999 ، 166) .

ومن العادات القديمة فى الصين أنهم يقومون بربط أقدام الفتيات لمنع أقدامهن من النمو أكثر من ثلث الحجم العادى ، وتؤدى هذه الطريقة فى ربط الأقدام إلى إجبارهن على أن يمشين بطريقة كان يعتقد أنها إغوائية أو إغرائية فالقدم الصغيرة بطريقة غير طبيعية ترمز إلى أو توضح الجمال غير العادى (موريس Morris ، 1985 ، 183) .

والجراحة التجميلية وخاصة للأنف والشفتين مازالت مقبولة على نطاق واسع ، حيث يتم إجراؤها للأغنياء الذين يتمتعون بهالة تدل على مكان مرموق (فيل Veale ، 2000 ، 219) .

ومن الناحية التاريخية اهتمت البحوث بفحص صورة الجسم والاضطرابات النفسية المصاحبة لها لدى عينات سكانية تعانى من اضطرابات الأكل ، ومع ذلك فإن الغالبية العظمى من البحوث الحديثة اعتمدت على عينات سكانية غير كلينيكية .

ويتطور أو ينمو اضطراب تشوه صورة الجسم من خلال مجموعة من الاستعدادات البيولوجية المسبقة ، وكذلك من خلال خبرات الطفولة المبكرة التى تشتمل بدورها على عوامل عامة تحدث استعداداً مسبقاً لدى الفرد نحو التقدير المنخفض للذات ، كما أن رفض الجاذبية الجسمية من خلال الحبيب أثناء مرحلة المراهقة يلعب دوراً مهماً فى حدوث الاضطراب مع مجموعة الاستعدادات السابقة ، والدافع البيولوجى المتزايد نحو الناحية الجمالية فيما يتعلق بالتناسق فى مظهر الفرد يحدث استعداداً مسبقاً ومتزايداً يؤدى بالفرد إلى اضطراب تشوه صورة الجسم ، كما أن التعليقات أو المضايق ات من جانب الآخرين أثناء مرحلة المراهقة تؤدى إلى المزيد من الأعراض المرضية ،

وبمجرد أن ينشأ الاضطراب يصبح الفرد مدركاً بدرجة عالية جداً لأى تغيرات طفيفة تحدث فى مظهره .

ومرضى اضطراب تشوه صورة الجسم يقارنون صورة جسمهم المدركة بنموذج مثالى للكمال يصعب تحقيقه ولكنهم يتطلعون إليه ، والتفاوت أو التباين الكبير بين صورة الجسم التى يمكن إدراكها ، وبين الهدف غير الواقعى يرتبط بالمحنة الانفعالية التى تدفع مرضى اضطراب تشوه صورة الجسم إلى أن يتجاهلوا أو يشوهوا المعلومات التى لا تتناسب أو لا تنطبق مع معتقداتهم (باديسكى Padesky ، 1993 ، 16) .

وحاول كرومارتى وماركس Cromarty & Marks (1995 ، 400) أن يغيرا الأفكار المبالغ فى قيمتها وذلك بلعب الأدوار العكسية التى يقوم فيها المريض بمناقشة الحالة من أجل المعتقدات البديلة مثل الجمال على أنه شئ ذاتى ، ويقوم المعالج بلعب دور من يخالف الآخرين فى الرأى وذلك بمناقشة الحالة بالنسبة للمعتقدات السابقة للمريض .

وتستخدم النظريات المعرفية السلوكية Cognitive Behavioral Theories تحليلاً ذو ثلاث نظم لوضع تصور للظاهرة الإكلينيكية يعتمد على المكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية لاضطراب تشوه صورة الجسم .

المكونات المعرفية لصورة الجسم :

تتضمن المكونات المعرفية Cognitive Components لصورة الجسم إدراك صورة الجسم ، والمعتقدات أو الاتجاهات نحو صورة الجسم ، والعوامل السيكولوجية والانفعالية .

1- إدراك صورة الجسم Perception of Body Image

اقترح هاريس Harris وهو أحد جراحى التجميل فى عام 1981 لفظ

الناحية الجمالية Aesthetically وذلك لكى يصف حساسية الفرد للإدراك الجمالى ، والتباين أو الاختلاف فى حساسية الفرد لهذا ا لإدراك الجمالى هو الذى يحدد السبب فى أن فرداً ما أو شخصاً ما ربما يكون مضطرباً بدرجة شديدة نتيجة وجود عيب صغير ويسعى إلى الجراحة التجميلية ، ويعد الانتباه الانتقائى Attention Selective عاملاً هاماً فى استمرار الاضطرابات الانفعالية المتعددة فمرضى اضطراب تشوه صورة الجسم ينتبهون بطريقة انتقائية للعيب المدرك ، ويعتبر ذلك عاملاً يساعد على استمرار الاضطراب ؛ لذلك ينبغى على مرضى اضطراب صورة الجسم أن يكونوا منتبهين تماماً بشأن مظهرهم ، ويؤكد ذلك تيجمان Tiggemann (1997) حيث قام بدراسة اضطراب تشوه صورة الجسم لدى مجموعة تتألف من 19 مريضاً على قائمة الانتظار لإجراء جراحة تجميلية فى الأنف و 15 فرداً من الأصحاء يمثلون المجموعة الضابطة ، ووجد أن المرضى على قائمة الانتظار كانوا أكثر دقة من الأصحاء فى تقدير حجم أنوفهم ، وأنهم كانوا يقضون وقتاً أكبر فى النظر إلى ملامحهم فى المرآة ، وهذا يعنى أن مرضى اضطراب تشوه صورة الجسم لديهم إدراك عالى أو أكثر دقة لأجزاء جسمهم التى ينظرون إليها على أنها معيبة أو بها عيب ، وهذا الإدراك العالى من المحتمل أن يكون له تأثير سلبى على أى حكم جمالى أو أية معتقدات بشأن صورة أجسامهم .

والفرق فى الإدراك بين مرضى اضطراب تشوه صورة الجسم والمرضى الذين لا يوجد لديهم اضطراب تشوه صورة الجسم الذين أجريت لهم جراحة تجميلية يتمثل فى أن مرضى اضطراب تشوه صورة الجسم يكون لديهم انتباه انتقائى أكبر لعيبهم المدرك بدرجة أكبر من المرضى الذين أجريت لهم جراحة تجميل وذلك بسبب انشغالهم الزائد عن الحد بصورة الجسم بل وأكثر من ذلك

فإن المرضى الذين يوجد لديهم اضطراب توهمى من النمط الجسمى أو المتعلق بالأعراض المرضية الجسمية (Delusional Disorder Somatic Type DDST) يهتمون بطريقة انتقائية لعيبهم الجسمى الذى يتم إدراكه بدرجة أكبر من مرضى اضطراب تشوه صورة الجسم حيث إن معتقداتهم حول صورة الجسم تكون أكثر تشدداً أو صلابة .

وعلى العكس فإن بعض المرضى الذين يوجد لديهم اضطرابات تتعلق بالأكل من المحتمل بدرجة أكبر أن يتجنبوا ملاحظة أجسامهم مثل التحديق فى المرآة ويعالجون المواقف عن طريق الإحجام أو التجنب الاختيارى وربما يكون ذلك عاملاً آخر يسهم فى التمثيل العقلى المفكك لصورة الجسم ، ويكون الإدراك لدى المرضى الذين لديهم تشوهات كبرى والمتوافقين جيداً من الناحية الانفعالية أكثر تعقيداً ؛ حيث يحاول بعضهم أن يتجنب بطريقة اختيارية تشوهاتهم وذلك بعدم تذكير أنفسهم بعيوبهم أو نقائصهم ، والبعض الآخر رغم ذلك ربما يكونون حياديين بطريقة اختيارية أو مشابهين للمجموعة الضابطة الأصحاء أو التى لا تعانى من أى أعراض مرضية (نوريس Norris ، 1984 ، 574) .

2- المعتقدات أو الاتجاهات نحو صورة الجسم :

ربما تتضمن الاتجاهات نحو صورة الجسم مطلباً للكمال Perfectionism أو التناسق فى المظهر ، ففى دراسة مسحية لخمسين مريضاً ممن يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم أكد 69 % منهم بشدة على الاعتقاد المتمثل فى : يجب أن يكون مظهرى مثالياً (فلي وآخرون Veale et al. ، 1996 أ ، 720) ، ومثل هذه الاعتقاد يحتاج إلى المقارنة بعينات سكانية تعانى من اضطرابات أخرى لصورة الجسم وبمجموعات ضابطة من

الأصحاء وذلك لتحديد نوعياتها ، كما أنه من الصعب أيضاً الفصل بين المعتقدات التى يتم التمسك بها بشدة وبين الدافع البيولوجى المتزايد للكمال أو التناسق ، وربما يساعد ذلك على تفسير سبب استمرار اضطراب تشوه صورة الجسم .

فنظريات داروين Darwinism Theories عن الجمال تؤكد على أن الحيوانات والبشر يبحثون عن التناسق ربما لأنه يعلن عن الصفة البيولوجية فعلى سبيل المثال فإن العقرب اليابانى Japanese Scorpion المذكر يطير بأجنحة تدل على مدى التناسق ، وقد اتضح أن ذلك يتم لجذب معظم الرفاق كما أن فرص الخطاف أو السنونو " وهو طائر طويل الجناحين مشقوق الذيل " لإيجاد رفيقته يمكن أن تنهار بجعل ذيلها أقل تناسقاً (كونكار Concar ، 1995 ، 41) .

وفى البشر فإن النساء اللاتى لديهن صدور متناسقة وجد أنهن أكثر خصوبة من النساء فى المجموعة الضابطة اللاتى لديهن صدور أقل تماثلاً (مولير Moller ، 1993 ، 372) ، وفى دراسة أخرى فضل الرجال صوراً فوتوغرافية لنساء لديهن ملامح متناسقة فى الوجه ، والعكس صحيح بالنسبة للنساء (ثورنيل وجانجستاد Thornhill & Gangestad ، 1993 ، 298) .

كما وجد أيضاً أن السمات الجنسية الثانوية التى تنمو أو تظهر أثناء البلوغ تعتبر هامة فى تقديرات الجاذبية ، والمستويات العالية من هرمون التستوستيرون Testosterone (هرمون الذكورة) تعتبر ضرورية لإنتاج السمات الجنسية الثانوية أثناء مرحلة البلوغ عند الذكور ، فالفكان العريضان والذقن الكبيرة وعظام الخدين لدى الذكور تعتبر أمثلة للملامح أو الصفات الوجهية الثانوية الجنسية التى يتم تضخيمها أو كبرها عن طريق الهرمون

الذكرى ، وضخامة أو كبر هذه الملامح ينظر إليها النساء على أنها جذابة من الناحية الجنسية ، وجاذبية النساء ترتبط ارتباطاً عكسياً بعدد من الملامح الذكرية التى يتمتع بها بعض الرجال مثل الوجه الصغير ، والشفاة الكبيرة والفك الصغير ، وهذه الملامح تعتبر من الصفات المستحسنة ل دى الرجال (ثورنيل وجرامير Thornhill & Grammer ، 1994 ، 236) .

والمرضى الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم لا يختلفون عن الأشخاص الآخرين فى الكشف عن الجاذبية ولكنهم أصبحوا أكثر دراية أو وعياً بهذه الملامح فى أنفسهم ، وذلك بسبب انتباههم الانتقائى والطلب المتزايد من أجل التناسق أو الكمال فى اتجاهاتهم ، والحاجة إلى التناسق والدقة فى الأشياء أو الأنشطة هى عرض مرضى معروف جيداً فى اضطراب الوسواس القهرى Obsessive Compulsive Disorder (باير Baer ، 1994 ، 22) .

والأعراض المرضية لاضطراب تشوه صورة الجسم تتشابه مع أعراض اضطراب الوسواس القهرى والتى تتمثل فى الشعور بإحساس داخلى بعدم الكمال وبأن الأعمال لا تتحقق بطريقة ترضى إشباع المرضى أو تحوز رضاهم ، والارتباط المتعلق بالحاجة إلى التناسق يقوى الفرض بأن اضطراب تشوه صورة الجسم يكون فى طيف ضوء الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهرى (هولاندر Hollander ، 1993 ، 356) .

والاتجاهات الأخرى المتعلقة بالعيب الذى يمكن إدراكه تمت دراستها باستخدام استبيان تمهيدى أو استكشافى تم إجرائه على 50 مريضاً ممن يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم ؛ حيث وجد أن المرضى الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم تنطبق عليهم افتراضات منها على سبيل

المثال إذا كنت غير جذاب فإننى سأكون وحيداً أو منعزلاً طوال حياتى أو إذا كنت غير جذابة س أكون غير محبوبة والمعتقدات الشديدة التى تشير إلى أن الشخص غير جذاب ترتبط بعوامل بيولوجية وثقافية قوية لها صلة بقدرة الفرد على أن يجذب شريكاً ، وعلماء علم النفس الاجتماعى يرون أن الجاذبية مهمة بدرجة شديدة فى أى سياق اجتماعى ، فالأفراد يميلون بطريقة أكثر إيجابية للأشخاص الجذابين من الناحية الجسمية ولهذا يفترض أن :

أ – المرضى الذين لديهم عيوب أو تشوهات حقيقية ، والذين أجريت لهم جراحة تجميلية يتمسكون بالاتجاهات التى تدور حول المظهر وذلك بدرجة أقل بكثير من الأفراد الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم أو مرضى الاضطراب التوهمى من النمط الجسمى أو المتعلق بالأعراض المرضية الجسمية .

ب – المرضى الذين يوجد لديهم تشوهات حقيقية والمتوافقين جيداً من الناحية الانفعالية يؤيدون الاتجاهات التى تدور حول المظهر بدرجة أقل بكثير من الأفراد الذين يكون لديهم كرب أو ضيق من الناحية الانفعالية والذين يسعون إلى إجراء جراحة تجميلية ، ولكنهم مازالوا يقدرون اضطراباتهم بدرجة أكبر كثيراً من الأفراد الأصحاء الذين لا يوجد لديهم أى عيوب (فيل وآخرون .Veale et al ، 1996 أ ، 720 – 721) .

3- العوامل السيكولوجية والانفعالية :

توصل عدد من الباحثين إلى أن المرضى الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم يشعرون بمجموعة مختلطة من الانفعالات التى ربما يجدون أنه من الصعب الإفصاح عنها وتوضيحها والتى تتمثل فى الشعور بالاشمئزاز من جسمهم ، ويزداد هذا الشعور حينما يتعرضون لإشارات أو تلميحات ترتبط

بعيبهم الذى يمكن إدراكه ، وكذلك الشعور بالقلق فى المواقف الاجتماعية المختلفة ، كما أن هؤلاء الأفراد يعانون أيضاً من الأعراض الاكتئابية نتيجة للعزلة الاجتماعية والإحباط من عدم القدرة على إقناع الآخرين بش أن عيبهم المدرك وبشأن المعتقدات المتعلقة بعدم الجدارة وفقدان الأمل فى المستقبل ، والمرضى الذين يرغبون فى إجراء جراحة تجميلية يكون لديهم ضيق أو محنة انفعالية بدرجة أقل بش أن مظهرهم وتكون اتجاهاتهم أقل صلابة وتزمتاً لأن لديهم أمل فى التغيير عن طريق جراحة التجميل .

السلوك :

تكون أوجه سلوك مرضى اضطراب تشوه صورة الجسم إما زائدة عن الحد فيما يتعلق بعدد ساعات فحص الذات والتحقق من المظهر أمام المرايا أو أى أسطح ع اكسة مثل واجهات أو فاترينات المح .لات ، أو تكون هذه السلوكيات إحجامية أهم ما يميزها تجنب المواقف الاجتماعية التى ستساعد على استمرارية أو دوام الاضطراب .

طقوس سلوكيات الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم :

من أهم الطقوس التى يتبعها الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم فى سلوكياتهم ما يلى :

1- التحقق من التمويه :

يهدف الضبط المستمر أو المتكرر لإخفاء العيب المدرك فى المرآة إلى التأكد من أن أى تمويه مثل المكياج أو النظارات السوداء أو تسريحة الشعر يخفى تماماً العيب المدرك فى المواقف العامة ، وهذا النوع من الضبط يهدف أيضاً إلى البحث عن الطمأنينة من جانب الآخرين ب أن العيب قد تم إخفائه تماماً ، وهذا الضبط يحدث بدرجة أكبر لدى الأفراد الذين ينشغلون بالتقييم

الاجتماعى بصرف النظر عما إذا كانوا يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم أو يعانون من الاضطراب التوهمى المتعلق بالأعراض المرضية الجسمية كما أن هذا الضبط أو التحقق من التمويه يحدث بدرجة أقل لدى المرضى الذين يوجد لديهم تشوهات ويكونون متوافقين بدرجة جيدة من الناحية الانفعالية .

2- الضبط أو التحكم من أجل الراحة :

يوجه الضبط أو التحقق المتكرر لعيب بطريقة طقوسية Ritualistic لتحقيق الإحساس بالرضا الداخلى والشعور بالراحة وأحد الأمثلة على ذلك قدمته مريضة كانت تقوم بطريقة متكررة بتمشيط أو تسريح شعرها لساعات إلى أن تشعر أنه أصبح على ما يرام ، وكانت هناك مريضة أخرى تقوم بتقشير جلدها بطريقة متكررة عن طريق عمل حمام ساونا لوجهها إلى أن تشعر بالارتياح ، وهذا النوع من الضبط أو التحكم القائم على معايير داخلية ينبغى أن يكون واضحاً فى كل من اضطراب تشوه صورة الجسم ، والاضطراب التوهمى المتعلق بالأعراض المرضية الجسمية، ولكنه لا يحدث لدى المرضى الذين لديهم تشوهات حقيقية الذين تم قبولهم لإجراء جراحة تجميلية أو المرضى المتوافقون بدرجة جيدة من الناحية الانفعالية (فيل وآخرون Veale et al. 1996 أ ، 725) .

3- التأكد أو التحقق من الشكوك :

يُحدث التأكد أو التحقق من العيب المدرك نوعاً من القلق لوجود شكوك بشأن حدته أو شدته مما يدفع المريض إلى أن يتأكد أو يتحقق بطريقة متكررة من طبيعة العيب ؛ لذلك فإن المريض يبحث عن الطمأنينة وإعادة التأكيد من جانب الآخرين بشأن حدة أو شدة العيب ، ويشترط لتجنب العيب المدرك أن

يكون بارزاً أو ظاهراً ، ويكون الشعور بلاشمئزاز عالياً الأمر الذى يدفع الفرد إلى تجنب المواقف الاجتماعية والعامة ، وهناك بعض المرضى يصبحون من المقيمين فى المنازل أو لا يغادرون المنازل إطلاقاً بهدف تجنب إظهار العيب المدرك على الملأ أو علناً ، كما أن هناك العديد من السلوكيات التى يقوم بها المرضى بهدف إخفاء العيب المدرك تتضمن تربية أو قص الشعر لإخفاء أحد العيوب ، أو الاستخدام المفرط لمستحضرات التجميل ، أو ارتداء الملابس الواسعة لإخفاء عيب ما أو حتى وضع أشياء على الرأس ، وربما يتجنب هؤلاء الأفراد العلاقات الحميمة أو الذهاب للتسوق أو الذهاب لممارسة الرياضة العادية أو الأنشطة الاجتماعية وبالتالى يصبحون فى النهاية معتكفين فى منازلهم .

الفصل الثانى

2

تشخيص الاضطراب

مقدمة :

توصل عدد من الباحثين إلى وجود علاقة موجبة ودالة بين عدم الرضا عن صورة الجسم والتوافق النفسى السئ بصفة عامة بالنسبة للرجال والنساء عبر سنى حياتهم (كاش Cash ، 1985 ؛ كاش وآخرون Cash et al. ، 1986 ؛ كاش وبروزنسكى Cash & Pruzinsky ، 1990 ؛ تومسون Thompson ، 1990) ، علاوة على ذلك كان الارتباط بين تقدير الجسم Body Esteem وتقدير الذات Self - Esteem قوياً بصفة خاصة بين الأشخاص الذين ينشغلون بدرجة أكبر من الناحية السيكولوجية بالمظهر الجسمى (روزين وروس Rosen & Ross ، 1986 ؛ بلينر وآخرون Pliner et al. ، 1990 ؛ كاش Cash ، 1993 أ) .

كما توصل عدد آخر من الباحثين إلى وجود علاقة بين عدم الرضا عن صورة الجسم وبين الاكتئاب (مارسيلا وآخرون Marsella et al. ، 1981 ؛ نويلز وآخرون Noles et al. ، 1985 ؛ آرشير وكاش Archer & Cash ، 1985 ؛ تومسون وسالتس Thompson & Psaltis ، 1988 ؛ فابيان وتومسون Fabian & Thompson ، 1989) ، وتوصل نوليس وآخرون Noles et al. (1985 ، 92) إلى أن الأفراد غير المكتئبين يبالغون فى تقدير مستواهم الحقيقى للجاذبية الجسمية ، وأن الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب يكون لديهم صورة مشوهة بطريقة سلبية لجاذبيتهم .

وفى دراسة قام بها كاش Cash (1993 أ ، 32) عن المؤشرات المتعددة لصورة الجسم والتوافق النفسى أظهرت النتائج وجود ارتباط موجب بين الرضا عن صورة الجسم والثقة الاجتماعية ، ووجود ارتباط سلبى بين الرضا عن صورة الجسم والوعى الذاتى العام والقلق الاجتماعى ، علاوة على ذلك كان

الوعى الذاتى والقلق الاجتماعى أعلى بالنسبة للنساء غير الراضيات عن صورة الجسم والمنشغلات بالمظهر الجسمى واللاتى يقضين وقتاً طويلاً فى التفكير فى مظهرهن ومحاولة إخفاء عيوبهن وذلك بدرجة أكبر من النساء اللاتى ليس لديهن هذا الانشغال الزائد عن الحد أو المبالغ فيه .

وهناك نتيجة أخرى لصورة الجسم السلبية تتعلق بالوظيفة الجنسية فإذا كان الفرد مدرك لذاته أو لديه وعى ذاتى بأنه غير راضٍ عن جسمه أو جسمها فإن المشاركة الوثيقة لهذه الذات المدركة مع الجنس الآخر يمكن أن تحدث أو تظهر الخوف والتجنب أو الإحجام لأن ذلك يحدث كف للإثارة الجنسية أو الأداء الجنسى (كاش وآخرون .Cash et al ، 1986 ؛ هانجين وكاش Hangen & Cash ، 1991 ؛ فيث وآخرون .Faith et al ، 1993) وهذا يعنى أن عدم الرضا عن صورة الجسم يرتبط بتدنى الإشباع الجنسى بمعنى أن صورة الجسم السلبية ترتبط بفقدان الرغبة الجنسية لدى الذكر والأنثى .

اضطراب صورة الجسم لدى الإناث السمينات وعينات سكانية أخرى لديها عيوب جسمية :

يرى ستاك ولاير Stake & Lauer (1987 ، 41 – 42) أن النساء ذوات الوزن الزائد عن الحد فى الوزن يتعرض ن للكثير من نقد الرفاق وذلك بدرجة أكبر مما فى حالة الرجال ذوى الوزن الزائد .

وفى دراسة مسحية قام بها شونتز Shontz (1990) على مجموعة قوامها 500 فتاة وجد أن ما يزيد عن نصف أفراد العينة نظرن إلى أنفسهن على أنهن زائدات فى الوزن عن الحد الطبيعى رغم أنه فى الواقع كان هناك 15 % فقط منهن زائدات عن الوزن الطبيعى فعلاً ، وأن 31 % من أفراد العينة ذكرن أنهن من البدينات ، وتوصل كليزجس Klesges (1983) فى

دراسته التى أجراها على طلاب وطالبات الجامعة إلى أن 58 % من الإناث ، 20 % من الذكور من ذوى الوزن العادى والمتوسط صنفوا أنفسهم على أنهم زائدون عن الوزن الطبيعى .

وفى مسح قومى أجراه كاش وآخرون .Cash et al (1986) وجدوا أن 47 % من الإناث ، 29 % من الذكور ذو ى الوزن العادى اعتبروا أنفسهم زائدين عن الوزن الطبيعى ، وعلى النقيض كان هناك 40% من النساء الناقصات عن الوزن العادى حكمن على أنفسهن بأنهم ذات وزن عادى أو طبيعى وذلك بالمقارنة بـ 10 % من الذكور الناقصين عن الوزن الطبيعى .

وعلى الرغم من أن الثقافات المختلفة توجه معظم رسائلها المتعلقة بالوزن نحو الإناث فإن الرجال ليسوا محصنين أو ليس لديهم مناعة لتأثير مثل هذه الرسائل (كاش وهيكس Cash & Hicks ، 1990 ، 328) وهناك فرق واحد وهو أن الرجال ينقسمون بدرجة متساوية إلى حد ما إلى أفراد يشعرون بأنهم نحاف إلى حد كبير ، وأفراد يشعرون بأنهم زائد ون فى الوزن إلى حد كبير ، فكون الفرد سميناً أو زائداً فى الوزن يعتبر ذلك وصمة عار ، ويمكن التقليل من وصمة العار هذه إذا نسبت السمنة التى يعانى منها الفرد إلى أسباب خارجة عن إرادته (سيلبرشتين وآخرون .Silberstein et al ، 1988، 224 – 225) .

وقد اكتشف كاش وهيكس Cash & Hicks (1990 ، 329) أن الكبار أو الراشدين ذوى الوزن العادى من الجنسين يقومون بتقييم أنفسهم على أنهم من ذوى الوزن الزائد ، وذلك بسبب عدم الرضا أو السخط بالنسبة للمظهر كما يرون أن ذلك يرجع أيضاً إلى تقدير الذات المنخفض ، والنساء الزائدات فى الوزن الذى يكون جسمهن فى توزيعه للدهون على شكل الكمثرى ذكرن

انشغالاً بالوزن بدرجة أعلى من النساء اللاتى يكون توزيع الدهون فى جسمهن على شكل التفاحة (راد كى – شارب وآخرون Radke - Sharpe et al. ، 1990 ، 31) .

وتوصل كاش Cash (1993 ب ، 1100) إلى أن النساء اللاتى يشتركن فى برنامج غذائى منخفض السعرات الحرارية من أجل إنقاص أوزانهن ويهتمون بدرجة أكبر بمظهره ن كان تقييمه ن سلبياً لصورة الجسم بدرجة كبيرة ، كما توصل عدد من الباحثين إلى أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل المتمثلة فى الأكل الزائد عن الحد بسرعة وشراهة أو اضطراب الأكل الفوضوى Binge Eating Disorder وكذلك الأفراد الذين يعانون من الشره العصبى يظهرون انشغالاً زائداً عن الحد بشأن الإفراط فى الوزن بدرجة أكبر كما أنهم يظهرون عدم رضا عن الجسم واهتماماً بالمظهر بدرجة أكبر بالنسبة لغير الشرهين (كاش Cash ، 1991 ؛ جريلو وآخرون Grilo et al. ، 1994) .

ولسوء الحظ فإن فقد ان الوزن لا يحمل أى تأكيد على أن الفتور أو اليأس الناتج عن صورة الجسم السلبية يتم التخلص منه ؛ حيث أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن مثل هؤلاء الأفراد يستمرون فى أفكارهن السلبية عن صورة الجسم ، وكذلك مشاعرهن بشأن الوزن وهى ظاهرة أطلق عليها كاش Cash لفظ البدانة الوهمية أو الصورة الوهمية للبدانة Phanton Fat ، وعلى الرغم من أن التحسن فى صورة الجسم لدى الأشخاص السمان يأتى عقب التخلص من الوزن الزائد فإن هذا التحسن يبدو وكأنه هشاً تماماً .

وفى الحقيقة فإن الأفراد الذين يتبعون الرجيم أو النظام الغذائى الصحى يكتسبون الوزن مرة أخرى ، وتوضح نتائج العديد من الدراسات السابقة أن عدم الرضا عن صورة الجسم هو الذى يدفع هؤلاء الأفراد لاستعادة الوزن مرة أخرى (وادين وآخرون .Wadden et al ، 1988 ؛ كايمان وآخرون Kayman et al. ، 1990) ، أما الأفراد الذين يعانون من خلل فى شكل الجسم أو عيب خلقى أو عيب نتيجة لإصابة أو جرح فإنهم فى الحقيقة يواجهون م همتين جسيمتين :

المهمة الأولى : التغلب على الضغ وط الناتجة عن تفاعلاتهم الاجتماعية مع الأشخاص العاديين الذين يحملقون أو يمعنون النظر فيهم أو يتجنبوهم أو لا يجرون أى اتصال معه م أو يعلقون تعليقات غير إنسانية ، ومثل هذه المصاعب ربما تقوى أو تعزز الانسحاب الاجتماعى لدى هؤلاء الأفراد (ما كجريجور Macgregor ، 1990 ، 250) .

والمهمة الثانية : تتعلق بنشأة أو تكوين الصورة المرضية عن الجسم ، فقد قام كاش Cash (1992) بمقارنة الكبار أو البالغين الذين لديهم ، والذين لا يوجد لديهم نوع من التشوه المدرك ذاتياً ، واكتشف أن 46 % من الأفراد الذين لا يوجد لديهم تشوه أو عيب جسمى كانت صورة الجسم لديهم سلبية ، وأن حوالى 29 % فقط من الأفراد الذين لديهم تشوه أو عيب جسمى كانت صور ة الجسم لديهم إيجابية ، علاوة على ذلك فإن 69 % ، 58 % من الأفراد فى هاتين المجموعتين على الترتيب ذكروا إحساساً مشجعاً للسعادة النفسية .

وعلى الرغم من أن نتيجة المرض من الناحية النفسية لا ترتبط بدرجة

التشوه ، فإن التشوهات الخلقية يكون لها بصفة عامة تنبؤ بسير المرض النفسى أكبر مما فى حالة التشوهات المكتسبة مثل الحوادث والحروق أو الإصابات الأخرى (بروزنسكى وإيدجرتون Pruzinsky & Edgerton ، 1990 ، 201) .

ويعتقد البعض أن التشوهات التى تغير المعالم الوجهية التى تتمثل فى شكل العينان أو الفم أو الأنف تعد أكثر التأثيرات التى تحدث وصمة العار والاضطراب النفسى (بول ورومسى Bull & Rumsey ، 1988 ، 16) .

ويرى بر يسلو Breslau (1992 ، 27) أن ضحايا الحروق الذين لديهم تشوهات خفية أو غير ظاهرة يجدون صعوبة فى التوافق النفسى ، فالناس الذين لديهم عيب مرئى أو ظاهر يضطرون إلى المجاهدة وفى النهاية يقبلون استحواذه على الانتباه الاجتماعى ، ومن ناحية أخرى فإن العيوب الأقل رؤية بصفة عامة ربما تدفع الفرد إلى إتيان سلوك يدل على التجنب أو الإحجام مما يقوى المعتقدات الواهية بأن الآخرين الذين يرون العيب أو التشوه يسببون كرب أو محنة .

نمو أو تطور صورة الجسم السلبية :

يمكن تقسيم العوامل التى تتسبب فى ظهور التجارب المختلة لصورة الجسم إلى نمطين أو نوعين رئيسيين :

الأول : التأثيرات التاريخية والتنموية أو التطورية التى تشكل اكتساب اتجاهات خاصة عن صورة الجسم .

الثانى : التأثيرات المركزية المحددة والقريبة من مركز البدن أو الجسم .

وفيما يلى عرض أو تناول هذه العوامل بشئ من التفصيل :

أولاً : المحددات التاريخية التنموية أو الخاصة بالنمو :

Historical Developmental Determinants

يبدأ إحساس الطفل بذاته وخاصة بالذات الجسمية مع بلوغ السنة الثانية من العمر ؛ حيث يستطيع معظم الأطفال أن يتعرفوا على ذواتهم الجسمية فى المرآة ، ويرى علماء علم نفس النمو أن صورة الجسم تتشكل عندما يعرف الأطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة المعايير الجسمية التى يتقبلها المجتمع ثم يحكمون على أنفسهم بناءً عليها (ليرنر وجوفانوفيك Lerner & Jovanovic ، 1990 ، 111) ، وبهذه الطريقة تنمو مفاهيم الأطفال لما هو جيد أو ما ينبغى أن يبدو عليه المرء ، وما هو سئ أو ما لا ينبغى أن يبدو عليه المرء فيما يتعلق بالطول والوزن والصفة العضلية ولون الشعر ، وفى مراحل النمو التالية يقوم الآخرون بتقييم مظهرهم فيما يتعلق بمدى انطباقه على ما ينبغى أن يكون جيداً (كاش وجاكوبى Cash & Jacobi ، 1992 ؛ جاكوبى وكاش Jacobi & Cash ، 1994) ، وبالتالى فهم يكونون أو يشكلون التوقعات الذاتية استناداً إلى هذه المعايير المدمجة أو قيم الجماعة والمجتمع .

وهكذا ؛ يتضح أن صورة الجسم تنمو وتتطور فى سياق ثقافى ففى معظم الثقافات نجد أن النحافة بالنسبة للإناث ، والصفة العضلية بالنسبة للذكور هما الشئ المرغوب فيه ، فالجسم الأكثر نحافة وغير المنحنى أو غير المقوس هو النمط المعيارى الممتاز للجمال الأنثوى ، ولهذا نجد أن عارضات الأزياء ونجمات السينما والمشتركات فى مسابقات الجمال من النحيفات ، وعلى العكس ففى بعض المجتمعات التى يكون فيها الطعام نادراً فإن ضخامة الجسم أو البدانة تدل غالباً على الثراء وارتفاع المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة ، وعلى الرغم من ذلك توجد توقعات للمظهر بالنسبة للذكور ، فالذكر الذى يكبر يواجه ضغوطاً لكى يبدو قوياً فالمفروض أن يكون للذكور جسم طويل ، وأكتاف عريضة ، وصدر تظهر به العضلات ، وأرداف صغيرة ، وملام.ح

وجـه قوية ، ورأس مليئة بالشعر كما أن هناك رجال كثيرين يبحثون عن الجراحة التجميلية التى تتضمن زرع الشعر ، وشد جلد الوجه ، وشفط الدهون ، وتصغير حجم الصدر (الجمعية الأمريكية لجراحة التجميل American Society for Plastic and Reconstructive Surgery ، 1993 ، 144) .

والعديد من الدراسات التى اهتمت بفحص المعايير الجسمية لدى الأفراد أوضحت أن الأفراد يقارنون معايير الآخرين بمثلهم العليا الشخصية على الرغم من أن توقعات الآخرين نادراً ما يتم التمسك بها فعلى سبيل المثال فإن الرجال يقدرون الجسم الأنثوى الممتلىء أكثر من تقدير الإناث لهذا الأمر وبالمثل وبطريقة متشابهة فإن النساء لا يتمسكن بالضرورة بنفس هذه المعايير الضيقة للجاذبية ، ويمكن ألا يعتبر الرجال الجمال الشقراوى ، والصدور الكبيرة أنها شئ مثالى الدرجة التى يعتقد فيها النساء .

وعملية التنشئة الاجتماعية أو التطبيع الاجتماعى عن معنى الجسم البشرى تتعدى رسائل وسائل الإعلام ، فالعائلات أو الأسر أيضاً تقوم وضع نموذج قيمى يتعلق بالمظهر الجسمى ، فالوالد أو الوالدة التى تنفق الكثير من المال وتقضى الكثير من الوقت فى محاولة لجعل الأطفال يظهرون بمظهر لائق تقوى الاتجاه بأن المظهر الجيد هاماً وحاسماً للقبول الاجتماعى ، فتنشئة أو نمو الفرد فى عائلة أو مع فرد من أفراد العائلة يضجر أو يتضايق باستمرار بشأن المظهر ربما ينقل رسالة بأن المظهر الجسمى من الأمور التى ينبغى أن يهتم بها الفرد بدرجة شديدة فوجود أخ أو أخت أو قريب شغوف أو مولع بأن يكون جذاباً أو جذابة ربما يؤدى ذلك إلى عمل مقارنات اجتماعية تقلل أو تنتقص من رضا الفرد عن جسمه وتقوى من الضيق أو الاستياء تجاه صورة

الجسم (ريفيس وكاش Rieves & Cash ، 1995 ، 45) ، وعندما تتم مضايقة أو تهكم من شخص بشأن المظهر أثناء مرحلة الطفولة يمكن أن يكون لذلك تأثير دائم على صورة الجسم ، وفى الحقيقة يعتبر المظهر هو المحتوى الأكثر شيوعاً للإغاظة الاجتماعية فى مرحلة الطفولة (شابيرو وآخرون Shapiro et al. ، 1991 ، 461) .

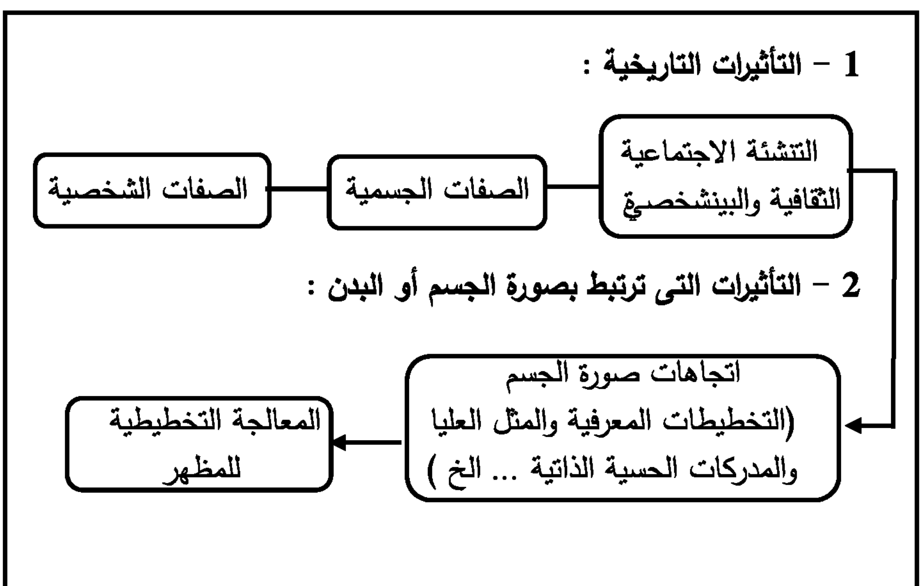
وفى دراسة مسحية على طالبات الجامعة أجراها كاش Cash (1995أ) وجد أن 72 % منهن تمت إغاظتهن بطريقة متكررة أو نقدهن بشأن بعض الجوانب المتعلقة بالمظهر وعلى الأخص ملامح الوجه ، والجوانب المتعلقة بالوزن فى مراحل حياتهن الأولى ، ومن بين هؤلاء الطالبات فإن ما يقرب من نصفهن ذكرن أن الغيظ حدث بطريقة معتدلة إلى أن تكرر بدرجة شديدة من جانب الزميلات والأصدقاء ، وذلك أثناء فترة الطفولة المتوسطة حتى بداية مرحلة المراهقة ، وما يقرب من نصفهن ذكرن أنه كان لديهن اسم دلع غير جذاب أو لا يحوز الإعجاب أو القبول من الآخرين ، وعلاوة على ذلك ذكر 71 % منهن أن لهذه التجارب تأثير سئ دائماً على صورة جسمهن ، وفى واقع الأمر فإن الغيظ المتكرر والمسبب للضيق أو الضجر ارتبطً بطريقة دالة بعدم الرضا عن الجسم .

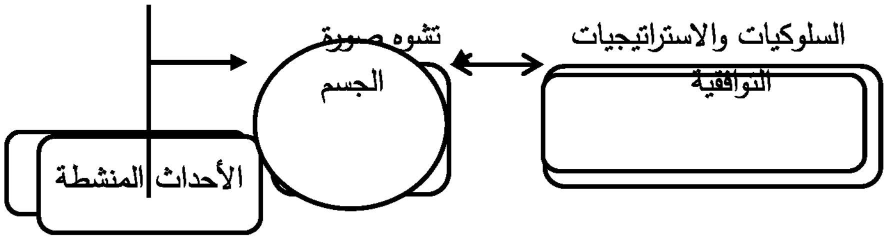
وتحدث مرحلة البلوغ تغيرات فى المظهر ، كما أنها تحدث انشغالاً زائداً عن الحد وبدرجة شديدة بهذه التغيرات وكيفية إدراكها عن طريق الآخرين (بروزنسكى وكاش Pruzinsky & Cash ، 1990 ، 339) .

وتوقيت النضج الجسمى يمكن أن يكون محورياً أو رئيسياً فى تكوين المعنى الانفعالى الذى يتمسك به المراهقون بالنسبة لأجسامهم المتغيرة (بروكس – جون ووارين Brooks - Gunn & Warren ، 1988 ؛ ليرنر

وجوفانوفيك Lerner & Jovanovic ، 1990) .

والفتيات اللاتى تنمو صدورهن وأفخاذهن فى وقت مبكر عن رفيقاتهن أو صديقاتهن ربما يتلقين انتباهاً غير مرغوباً فيه ويصبحن خجولات أو واعيات بذاتهن فبدلاً من الترحيب بشكلهن الجديد كعلامة على الأنوثة الناشئة فإن كثيراً من هؤلاء الفتيات ينظرن إلى ذلك على أنه شئ غير جذاب أو أنها بدانة لا تستحق الثناء أو الاستحسان ، والأولاد الذين يتأخرون فى النمو المتعلق بالعضلات والقامة أو الطول يمرون بتجربة الانشغال أو القلق بش أن أجسامهم وما إذا كانوا سيكبرون بعد ذلك أم لا ، وربما يعانى بعض الأفراد من مصاعب تتعلق بصورة الجسم كنتيجة لبعض التغيرات التى تحدث نتيجة لإصابة تؤثر على المظهر مثل الإصابات الوجهية الشديدة أو استئصال الثدى ، كما يتأثر نمو صورة الجسم بسمات الشخصية ، ويعتبر تقدير الذات ، والثقة بالنفس من المتغيرات المهمة التى تؤثر على نمو صورة الجسم ، فالطفل والمراهق والراشد الذى اكتسب إحساس ايجابى بالذات يكون أقل عرضة للهجوم على ذاته الجسمية ، والشكل التالى يوضح أسباب صورة الجسم السلبية .





أسباب صورة الجسم السلبية

(المصدر كاش وجرانت Cash & Grant ، 1996 ، ص577)

ثانياً : المحددات المركزية Proximal Determinants

تعمل التنشئة الاجتماعية الثقافية ، والخبرات والتجارب البين شخصية ، والسمات الجسمية ، وعوامل / صفات الشخصية كأسباب غير مباشرة مهيئة لتكوين اتجاهات موجبة أو سالبة نحو صورة الجسم ، ووفقاً لكاش Cash (1994 أ ، 1994ب ، 1995 ب) وكاش وجرانت Cash & Grant (1995) ، وبروزنسكى وكاش Pruzinsky & Cash (1990) فإن الأحداث السياقية تعمل على تنشيط أو حفز تشغيل المعلومات التى تستمد من التخطيط عن المظهر ، و كذلك التقييمات الذاتية للمظهر الجسمى للفرد ، وتتضمن الأحداث المحفزة ارتداء ملابس معينة ، والنظر بإمعان فى المرآة ، وتعتمد التقييمات الذاتية للمظهر على التفاوت بين السمات الجسمية المدركة ذاتياً ، والسمات المثالية ، والحوارات الداخلية Internal Dialogues أى الأفكار والتفسيرات والاستنتاجات الذاتية التى أطلق عليها مصطلح الحديث الجسمى الخاص أو السرى Private Body Talk ، وهذه العوامل المختلفة تؤثر على الجوانب الوجدانية لصورة الجسم ، وتدفع أوجه السلوك الخاصة بالتجنب والإخفاء أو التمويه ، وكذلك العادات القهرية لتحسين المظهر والبحث عن إعادة الاطمئنان الاجتماعى والأفعال التعويضية .

محكات تشخيص اضطراب تشوه صورة الجسم :

- **محكات عامة :**

توجد محكات عديدة يمكن من خلالها تشخيص اضطراب تشوه صورة الجسم ، ومن هذه المحكات ما يلى :

١ - انشغال الفرد بعيب تخيلى فى المظهر ، وهذا الانشغال يكون مبالغاً فيه إلى حد كبير ويركز بين الحين والآخر على العديد من أجزاء الجسم .

٢ - شكوى الفرد من العيوب الطفيفة فى الوجه ، أو عدم التناسق بين أجزاء الجسم بحيث تكون صغيرة أكثر من اللازم أو كبيرة أكثر من اللازم أو الشكوى من الشعر الخفيف أو الصلع ، وحب الشباب ، والتجعيدات ، والندبات وآثار الجروح ، والدوالى ، والشحوب ، واحمرار الوجه أو البشرة ، وأحياناً تكون الشكوى غامضة أو مبهمة تماماً وربما تصل إلى عدم وجود أى شئ أكثر من أن الفرد يشعر أنه قبيح بصفة عامة .

٣ - عدم الرضا عن الكثير من مناطق أو أجزاء الجسم وخاصة الأنف ، ولون الجلد ، والشعر ، وجفون العينين ، والفم ، والشفتين ، والفك ، والذقن ، ومع ذلك فإن أى جزء من الجسم ربما يكون متضمناً داخل دائرة انشغال الفرد .

٤ - لتمييز الانشغال باضطراب تشوه صورة الجسم عن الانشغال العادى بشأن المظهر يجب أن يسبب الانشغال باضطراب تشوه الجسم محنة أو إعاقة ذات دلالة (فيلي Veale ، 2001 ، 126) .

٥ - لكى يكون التشخيص الخاص باضطراب تشوه صورة الجسم واضحاً يجب أن يدوم الانشغال بالعيوب التى يتم تخيلها فى المظهر لمدة ساعة فى اليوم على الأقل (فيليبس Phillips ، 1996 ، 111) .

٦ -فحص الفرد المتكرر لمظهره وذلك لقياس العيب المدرك عن طريق أخذ صور بين الحين والآخر سواء بواسطة كاميرا تصوير أو فيديو ، ومقارنة مظهره الحالى بالصور الفوتوغرافية القديمة أو التى أخذها لنفسه منذ فترة أو مقارنة مظهره بمظهر الناس الآخرين (فيلي Veale ، 2001 ، 127) .

٧ -وجود سلوكيات تتضمن سؤال الأفراد الآخرين للتحقق من وجود العيب أو النقيصة أو التأكد من فاعلية عملية الإخفاء أو التمويه للعيب المدرك (فيلي Veale ، 2001 ، 126) .

٨ -اتباع الفرد لمجموعة من الوسائل تتمثل فى استخدام المكياج لمدة 24 ساعة فى اليوم أو التصفيف الزائد عن الحد للشعر ، أو استخدام مسكات الوجه وحمامات الساونا أو أداء التمرينات الرياضية لتحسين شكل عضلات الوجه والجسم أو استعمال أدوية التجميل مثل الكولاجين وحقن الشفتين (فيلي Veale ، 2001 ، 127) .

٩ -حدوث بعض السلوكيات القهرية مثل شد الجلد أو نتف الشعر الذى يعطى إحساساً وقتياً بالرضا أو السرور يعقبه إحساس باليأس (فيلي Veale ، 2001 ، 127) .

١٠ -اعتكاف المرضى الذين لديهم حالة حادة لهذا الاضطراب فى منازلهم خوفاً من الظهور أمام الآخرين .

- **محكات الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM - III - R) :**

١ – الانشغال الكبير من جانب الفرد بعيب متخيل فى المظهر الجسمى لدى شخص ذو مظهر عادى أو طبيعى ، ويصبح هذا الانشغال مفرطاً إذا

كان هناك – ولو لقدر ضئيل – شئ من الشذوذ فى الجسم أو أبعاده المختلفة .

٢ –الاعتقاد فى العيب لا يكون له حدة أو شدة توهمية كما فى الاضطراب التوهمى Delusional Disorder المتعلق بالأعراض المرضية الجسمية بمعنى أن الشخص يستطيع أن يعترف بإمكانية احتمال أنه أو أنها ربما تبالغ فى مدى العيب أو النقيصة ، أو أنه ربما لا يوجد هناك أى عيب أو نقيصة على الإطلاق .

٣ – أن لا يقترن حدوث هذا الاضطراب باضطرابات أخرى مثل فقدان الشهية العصبى Anorexia Nervosa أو التحول الجنسى Transsexualism (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، 1987 ، 255) .

- **محكات الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) :**

١ – الانشغال الكبير من جانب الفرد بعيب متخيل فى مظهره الجسمى ، ويصبح هذا الانشغال مفرطاً إذا كان هناك – ولو لقدر ضئيل – شئ من الشذوذ فى الجسم أو فى أبعاده المختلفة .

٢ – يسبب هذا الانشغال قدراً كبيراً من الكرب للفرد تكون له دلالته من الناحية الكلينيكية ، كما أنه يسبب له خللاً فى أدائه الوظيفى الاجتماعى أو المهنى أو غير ذلك من مجالات الأداء الوظيفى المختلفة ذات الأهمية .

٣ –لا يرجع هذا الانشغال إلى أى اضطراب عقلى آخر .

ويمكن تحديد عدد من السمات التى تميز الفرد الذى يعانى من اضطراب

تشوه صورة الجسم فيما يلى :

١ -تقدير سلبى للذات يرجع إلى عدم الرضا عن المظهر الجسمى .

٢ -العزلة وعدم الرغبة فى مقابلة الآخرين الذين يعرفونه خوفاً من أن يجبر على أن يتفاعل أو يتجاوب معهم .

٣ -الاعتقاد بأن كل فرد حتى الأصدقاء المقربون يحملقون أو ينظرون بإمعان وتأمل إلى كل جزء من جسده يرى أنه شاذ إلى حد كبير من وجهة نظره .

٤ -الشعور بأن الآخرين يمقتونه أو يشمئزون منه .

٥ -الثبات على حالة واحدة عند النظر إلى المرآة فهو يفحص مراراً وتكراراً الصفة القبيحة المزعومة لكى يرى إذا كان هناك أى تغير قد طرأ أو حدث عليها ، وأحياناً يتجنب الفرد النظر إلى المرايا إلى حد الخوف المرضى تقريباً (بارلو وديوراند Barlow & Durand ، 1999 ، 164- 165) .

ويتميز اضطراب صورة الجسم – فى بعض الحالات – بالتركيز بطريقة واضحة جداً على مكان أو مظهر واحد محدد من الجسم ؛ حيث يقرر الفرد أو يذكر فى تقريره وجود انشغال زائد عن الحد ومغالى فيه إلى درجة عدم القابلية لهذا المكون للمظهر الجسمى ، وهذا العيب فى المظهر الذى يذكر فى التقرير الذاتى للفرد يتدرج من شئ خيالى إلى شئ واقعى أو حقيقى .

وطبقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM - III - R) فإن الصفة الأساسية للاضطراب هى الانشغال الزائد عن الحد ببعض العيوب التخيلية فى المظهر لدى شخص يبدو طبيعياً أو عادياً (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric

Association ، 1987 ، 255) .

ومركز الاستهانة لصورة الجسم يمكن أن يكون لأى جانب من الجسم ، ولكن الشكوى الغالبة أو الشائعة تتضمن مناطق الوجه (الأنف ، الفم ، الفك ، الحواجب ، والتجعيدات) ، والشعر ، وقد لاحظ فيل Veale (2001 ، 126 – 127) أن عدداً كبيراً من الأفراد يرغبون فى إعادة البناء المتعلق بالوجه ، وفى حالات نادرة تتضمن الشكاوى مظهر اليدين والقدمين والبطن وأجزاء أخرى من الجسم .

ويرى عدد كبير من الباحثين أن الجوانب أو المظاهر الجسمية التى تسبب المشاكل لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم تتمثل فيما يلى :

1- عرض الخدين ، والوجه ، أو الرأس .
2- حجم وشكل الأنف .
3- الذقن .
4- التجعيدات .
5- الصلع .
6- الصدر .
7- الفم أو الابتسامة .
8- العينين أو الحواجب .
9- الخصر .
10- الأرداف .
11- الأوراك .
12- الفخذين .
13- بطن القدم .
14- الأعضاء التناسلية .
15- غمازات الخد أو الذقن .

واضطراب تشوه صورة الجسم كان يشار إليه فيما مضى على أنه خواف العجز أو التشوه Dysmorphophobia وهذا الاصطلاح لا يلقى القبول أو الاستحسان الاجتماعى وذلك لأن الاضطراب لا يتضمن فى الواقع التجنب أو الإحجام الخوافى Phobic Avoidance ، كما أن الفرد الذى لديه هذه المشكلة

يتم وصفه بطريقة أفضل على أنه موسوس لوجود عيب افتراضى أو يفترض وجوده ، فهو يقضى جزء اً كبيراً من الوقت فى محاولة تصحيح المشكلة التى يعانى منها ، وقد يلجأ إلى جراح التجميل لإجراء جراحة تجميلية تعدل أو تصحح مشكلته ، وبسبب هذا الانشغال الزائد عن الحد بشأن المظهر ربما ينمو لدى البعض اضطراب الوسواس القهرى Obsessive - Compulsive Disorder ، ومن الناحية التاريحية كان ينظر إلى هذا الاضطراب على أنه مؤشر سابق لوجود حالة مرضية لمرض نفسى حاد مثل الفصام أو الشيزوفرنيا Schizophrenia ، ولهذا فإن التقدير الدقيق للأفراد الذين يعانون من الاضطراب يعتبر خطوة أساسية لكى نستبعد التشخيصات الممكنة الأخرى (بروزنسكى Pruzinsky ، 1990 أ ، 402) .

وينبغى أن يكون التقدير واسعاً أو شاملاً إلى حد كبير أى يتكون من مقابلة كلينيكية مطولة لتتبع الجذور التاريخية لهذا الوهم أو الانشغال الزائد عن الحد ، ويجب على القائم بالمقابلة الكلينيكية محاولة الكشف عن القضايا أو الموضوعات التاريخية التى ربما تساعد على استمرار العيب التخيلى عند الفرد ، كما أن استخدام مقاييس الرضا عن الجسم مثل المقياس الفرعى لقائمة اضطرابات الأكل الذى يقيس عدم الرضا عن الجسم (جارنر وآخرون Garner et al. ، 1983) أو الأسئلة من 61 – 69 من استخبار العلاقات الذاتية الجسمية المتعدد الأبعاد (كاش Cash ، 1994 ج) يؤيد أو يؤكد التقرير الذاتى للمريض الذى يركز على جانب واحد يتعلق بالمظهر .

وبسبب الارتباط الممكن بين اضطراب تشوه صورة الجسم ، والتصنيفات الطبية النفسية الأخرى مثل اضطراب الوسواس القهرى ، والاضطراب التوهمى الجسمى Somatic Delusional Disorder أو الفصام Schizophronia

ينبغى على الكلينيكى أن يكون حريصاً عندما يقوم بالتقدير وذلك لوجود أعراض مرضية ترتبط بهذه الاضطرابات ، وكما هو موضح فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات النفسية فإن الأفراد الذين لديهم اكتئاب حاد ، والأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية التجنبية Avoidant Personality Disorder والأفراد الذين لديهم خواف اجتماعى Social Phobia ربما يبالغون فى جوانب معينة لمظهرهم ومع ذلك فإن العيب الذى يمكن تخيله ليس هو الشكوى السائدة أو المسيطرة ، يضاف إلى ذلك أن هؤلاء الأفراد لا يوجد لديهم تاريخ منطقى يمكن أن يفسر نمو أو تطور اضطراب التشوه (تومسون Thompson ، 1990 ، 100) .

وعلاوة على ذلك ففى حالات فقدان الشهية العصبى Anorexia Nervosa والتحول الجنسى Transsexualism ربما يكون هناك دليل لتركيز الوسواس على السمات أو الخصائص البدنية التى تتعلق بال وزن أو الجنس (النوع) ، ومع ذلك فإن التشخيص الصحيح لا يكون اضطراب التشوه ولكن الأنماط الأكثر شمولاً لفقدان الشهية العصبى والتحول الجنسى ، وإذا كان الاضطراب من النوع الذى له شدة توهميه واضحة فإن التشخيص الخاص بالاضطراب التوهمى من النوع الجسمى Delusional Disorder Somatic Type يكون واضحاً (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، 1987 ، 256) .

وتوجد ندرة فى المعلومات المتعلقة بعلاج الأفراد الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم وربما يرجع ذلك إلى أنه بسبب شدة هذا الاضطراب فإن كثيراً من الأفراد الذين يعانون من هـيسعون إلى الجراحة ومع ذلك فإن نسبة مئوية صغيره فقط تقدر بحوالى 2 % هى التى تفعل ذلك

(برورنسكى Pruzinsky ، 1988 ، 9) ، وعلى الرغم من أنه تم استخدام الطرق الطبية التقليدية للعلاج بالأدوية والجراحة من آن إلى آخر إلا أن التدخلات السيكولوجية يوصى باستخدامها للغالبية العظمى من المرضى .

وطبقاً لما سبق فإن الأساليب الفنية التى تستخدم فى علاج اضطراب صورة الجسم تكون ذات فائدة مع الحالات الأكثر حدة بشرط التركيز على عيب واحد فى المظهر يكون مميزاً لاضطراب التشوه ، وفى مقدمة هذه الأساليب الطرائق الفنية المعرفية (كأسلوب التحصين ضد الضغوط وإعادة البناء المعرفى) ومع ذلك إذا كان التشوه المفترض أو المزعوم هو تشوه يتعلق بحجم مكان معين بالجسم أو جانب معين من الجسم فإن هذه الإجراءات يجب النظر إليها أو وضعها فى الاعتبار والتفكير فيها ، ونظراً لأن كثيراً من هذه المشكلات ترتبط بدايتها بموقف معين يجب التركيز على العوامل التى تتعلق بوقت الحدوث مثل البلوغ أو العلاقة بالآخرين المهمين (وولى وكيرنى – كوك Wooley & Kearney - Cooke ، 1986 ، 496) .

أمثلة لحالات تعانى من اضطراب تشوه صورة الجسم :

فيما يلى أمثلة لحالات شوهت جزء من جسمها مثل البطن أو الخدين ، وإحدى هذه الحالات كانت تعانى من ضيق أو إغاظة من الآخرين بشأن خدودها عندما كانت فى مرحلة المراهقة ؛ حيث كان عمها يميل إلى مسكها باستمرار من خديها ، ويعلق على بدانتها ، وعقب هذه الظروف بدأت هذه الفتاة تركز على مظهرها وعرض خديها وتقضى جزء كبير من الوقت وهى تنظر إلى المرآة وتحاول أن تفكر فى كيفية إنقاص عرض خديها الذى تدركه أمام المرآة ، وعندما ذهبت إلى الطبيب النفسى لاحظ أن أول شئ فعلته فى الصباح عند استيقاظها من النوم هو فحص خديها أمام المرآة ف إذا ظهرت

منتفخة فإنه سيكون أمامها يوماً عصيباً أو سيئاً ، وقالت أنها أمضت وقتاً طويلاً يتملكها الوسواس وينشغل بالها وتتزعج من منظرها ، وهذه المعلومات استخدمت فى المساعدة على إقناعها ب أن الآخرين ربما لا يدركون أو لا يتصورون أن خديها بالشكل الذى تتصوره أو تدركه هى ، وكان العلاج المقدم لها عبارة عن مجموعة من الأساليب أو الطرائق الفنية المعرفية والتغذية المرتدة الإدراكية والإجراءات أو الطرائق المعرفية كانت أداة أو وسيلة تجعلها ترى بطلان تحديدها للمفهوم الكامل لدى الفرد للمظهر الجس مى من مؤشر واحد وهو الخدين بالإضافة إلى ذلك قام الطبيب النفسى بإقناعها بأن خديها من المحتمل بدرجة كبيرة أن تكون أكثر انتفاخاً فى الصباح وذلك بسبب تأثيرات النوم ، وتم تشجيعها على أن تستخدم وقتاً آخر من اليوم غير الصباح ليكون فترة للتقييم ، كما تناول الطبيب النفسى أيضاً الجانب التاريخى لمضايقة عمها لها ، ومن الأمور المثيرة للاهتمام أنه لم يوجد أى فرد آخر من عائلتها قام بهذا المسلك نحوها ، ولم يسلك هذا السلوك أيضاً أياً من أصدقائها ، وخلال سنوات العمر التالية لم يعلق أى فرد على منظر خديها وبتحليل دوافع عمها وشخصيته أصبح فى مقدور الطبيب النفسى أن يجعلها إلى حد ما تبعد من مخيلتها مصدر هذا الحدث المترسب فى نفسها .

وهناك حالة أخرى لفتاه كان عرض وجهها يسبب لها مشكلة أو ضيقاً شديداً ، وهذه الفتاه أجريت لها فى مرحلة سابقة جراحة تجميلية لأنفها وخدودها وذقنها وعلى الرغم من أنها كانت مسرورة بنجاح هذه الجراحات إلا أنها ذكرت أن عرض وجهها يسبب لها ضيقاً ومتاعب كبيرة جداً ، وفى الحقيقة ف إن هذه الفتاه طورت تسريحة غريبة لشعرها لكى تخفى مظهر وجهها ، واشتركت هذه الفتاة فى علاج نفسى ركز على توقعاتها أو آمالها فى التغيير الجراحى ،

واقتناعاً منها بتقبل الخطورة الجراحية قام الجراح بتضييق المناطق الموجودة فى وجهها التى تدرك أنها واسعة أو عريضة أكثر من اللازم .

ويستعرض بروزنسكى Pruzinsky (1990 ب ، 298 – 302) مجموعة متنوعة من الموضوعات التى يجب التفكير فيها عندما يتم وضع جراحة التجميل فى الاعتبار ، ففى واحدة من الحالات كان أحد الذكور يركز تركيزاً يفوق الحد على حجم وشكل فمه وبتتبع بداية حدوث ذلك وجد أن الاضطراب يرتبط بتعليق كان يتلقاه من أخته التى كانت تقول له إن مظهرك جميل جداً ولكن فمك صغير ، واشتكت مريضة أخرى من وجود خطوط تحت عينيها ، وبداية حدوث هذه الشكوى ارتبطت بأول تعرف لها على الخطوط عقب عدة ليالى من النوم المتقطع أو الأرق ، وبعد ذلك بوقت قصير بدأت تنزعج من أن مظهرها سيزداد سوءاً ، وإذا استمر ذلك ستبدو كبيرة فى السن وتصبح غير جذابة .

وفى بعض الحالات فإن تركيز الفرد على جانب واحد فقط من الجسم يمكن أن يعمم على المظهر الكلى للفرد ، ويجب على الباحثين أن يبدأو ا فى التركيز على مجالين يتعلقان بالبحث والتطبيق هما :

أولاً : التركيز على الجانب الوقائى لاضطراب صورة الجسم لدى المراهقين ومن هم تحت سن العشرين ، وذلك من خلال عرض المعلومات وعوامل الخطر وتاريخ بدء حدوث الاضطراب وتوجيه النصح لهم وتعليمهم المهارات المتعلقة بهذا الموضوع .

ثانياً : المواجهة العملية للرأى السائد فى مجتمعنا ب أن الإناث يجب أن يكونوا أكثر نحافة لكى يكونوا أكثر جاذبية ، وكيفية تجاهل التوقعات غير العقلانية التى تؤيدها وتزيدها العوامل الثقافية الاجتماعية ، وكيفية التدخل

لتغيير الارتباط بين النحافة وعملية القبول التى تصورها لنا الإعلانات والمقالات والعروض التليفزيونية والأفلام السينمائية ، وإذا لم توفر إجابات لهذه القضايا فإنه سيكون هناك تزايد اً فى اضطراب صورة الجسم لدى الإناث ، ومن ثم يتعرضون للمزيد من الاضطرابات النفسية الوثيقة الصلة بهذا الاضطراب .

اضطراب صورة الجسم لدى عينات سكانية مختلفة :

مدى الاضطراب والملامح المصاحبة له أو المرتبطة به :

على الرغم من أن النساء البالغات هن المجموعة التى يظهر لديها أكبر نسبة من الخطر إلا أن العديد من الباحثين يوجهون انتباههم بدرجة متزايدة إلى فحص العديد من العينات السكانية الأخرى التى تتضمن الرجال والمراهقين والرياضيين وراقصى الباليه والأفراد السمان ، وبالإضافة إلى ذلك فإن العينات السكانية التى لديها اضطراب يتعلق بتناول الطعام تتلقى تدقيقاً وفحصاً محدداً .

1- البالغون أو الراشدون :

درجة أو مدى الاضطراب :

وجه عدد كبير من الباحثين جهودهم نحو فهم الكثير من الجوانب الخفية لاضطراب صورة الجسم لدى الكبار ففى السنوات القليلة الماضية ركز الباحثون على الجوانب الذاتية والإدراكية لصورة الجسم ، وفى هذه الناحية فإن قضية أو موضوع الجنس أو النوع تلقى قدراً كبيراً من الانتباه والاهتمام .

ففى دراسة لفالون وروزين Fallon & Rozin (1985) جعلا الذكور والإناث يختارون أشكا لاً لهم من بين سلسلة من الأشكال اشتملت على اختيارات تتدرج من الأشكال النحيفة جداً إلى الأشكال البدينة جداً ، وطلب من

الخاضعين للدراسة أن يوضحوا شكلهم الحالى ، وشكلهم المثالى ، والشكل الذى يعتقدون أنه يمثل أكبر جاذبية للجنس الآخر ، وأظهرت النتائج أن الشكل الذى اعتقد الرجال أنه سيكون أكثر جاذبية للنساء كان متطابقاً تقريباً مع اختيارات النساء ، ومع ذلك فإن اختيار النساء أو السيدات للشكل الذى اعتقدن أنه سيكون أكثر جاذبية للرجال كان أكبر من شكلهن المثالى ، ومن الأمور الشيقة أن اختيار الذكور للشكل أو الحجم الذى اعتقدوا أنه أكثر جاذبية للنساء كان أكبر من الشكل الذى اختاره النساء على أنه حجم لجسم الذكر الأكثر جاذبية ، فيبدوا أن الرجال يعتقدون أن النساء يعجبن بجسم ذكرى أكبر مما يعتقدون فى الحقيقة ، وأخيراً فإن اختيار النساء للحجم أو الشكل الذى اعتقدن أنه أكثر جاذبية للرجال كان أصغر فى الحقيقة مما اختاره الرجال على أنه الشكل الأنثوى الذى يعجبون به إلى أقصى درجة ، واستنتج الباحثان أن إدراكات الرجال ساعدت على أن تجعلهم راضين عن أشكالهم بينما إدراكات النساء فرضت عليهن بأن يفقدن أو ينقصن وزنهن .

وقام تومسون وسالتس Thompson & Psaltis (1988) بجعل طالبات الكلية يقمن بتقدير حجمهن الحالى باستخدام مقياس تقدير الشكل أو الحجم المستخدم فى الدراسة السابقة لفالون وروزين Fallon & Rozin وأوضحت النتائج أن الحجم المثالى والحجم الذى اعتقدن أنه أكثر جاذبية للذكور كان متعادلاً أو متكافئاً ولكن أصغر من التقديرات الثلاثة الأخرى للشكل .

وتطرق باحثون آخرون لدراسة الفجوة الكبيرة بين الجنسين فى عدم الرضا الذاتى عن صورة الجسم فقام درونوسكى ويى Drewnoski & Yee (1987) بعمل مسح لطلا ب وطالبات السنة الأولى بالجامعة ووج دا أن 85

% من الطالبات يرغبن فى إنقاص ، وزنهن بينما 40 % من الطلاب كانوا مهتمين بإنقاص الوزن ، ومما يثير التناقض أن 45 % من الذكور يرغبون فى زيادة الوزن ، وأفراد العينة من الجنسين ممن يرغبون فى إنقاص أوزانهم اشتركوا فى إظهار صورة سلبية لأجسامهم إلى جانب عدم الرضا عن وزن الجسم ، وباستخدام مقياس تقدير الجسم طلب من الخاضعين للدراسة أن يختاروا شكل الجسم المثالى ، وشكل الجسم الحالى ، وأظهرت النتائج أن 78 % من الطلاب ، 77 % من الطالبات قاموا باختيار جسم مثالى مختلفاً عن جسمهم الواقعى ، فالطلاب اختاروا شكلاً مثالياً أثقل وزناً من حجمهم الواقعى ، بينما الطالبات كان لديه ن تفاوت بين الحجم المثالى والحجم الواقعى فكن دائماً يخترن شكلاً مثالياً أصغر حجماً ، وظهرت نتائج متطابقة عندما تم سؤال الخاضعين للدراسة عن الرضا عن وزن الجسم ؛ حيث أظهر 40 % من الطالبات رغبته ن فى أن يكن أكثر نحافة ، بينما أظهر 46.8 % من الطلاب رغبتهم فى أن يكونوا أكثر وزناً وكان هناك 14 % من عينة الطالبات يردن أن يكونوا أكبر حجماً .

وفى عينة أخرى من طلاب الجامعة من الجنسين وجد هيس – بيبر وآخرون Hesse - Biber et al. (1988) أن 84.1 % من الطالبات يرغبن فى إنقاص أوزانهن بالمقارنة بـ 45 % من الطلاب ، وكان أكثر من ثلث أفراد العينة من الطالبات غير سعيدات بشأن أجسامهن بينما أقل من عُشر الطلاب كانوا غير راضين عن أجسامهم .

وهكذا ؛ يتضح من عرض الدراسات السابقة أن الإناث يبالغون فى تقدير حجم أجسامهن بدرجة كبيرة جداً عن الذكور ، ومما يؤكد ذلك ما أظهرته نتائج دراسة تومسون وتومسون Thompson & Thompson (1986)

حينما قاما بتقدير 30 من الذكور والإناث الذين لا تبدو عليهم أعراض مرضية باستخدام طريقة شعاع الضوء الذى يمكن تعديله ، وكان متوسط المبالغة فى التقدير بالنسبة للإناث يبلغ 25 % ، بينما كان يبلغ لدى الذكور 14 % أعلى من تقديراتهم لحجم الجسم ، وهناك دراسات أخرى عديدة أوضحت أن الإناث فى المجموعة الضابطة لم يختلفن بطريقة دالة عن العينات الكلينيكية التى تعانى من فقدان الشهية للطعام وذلك بالنسبة لمتوسط تقدير حجم الجسم .

ارتباطات الاضطراب :

تناولت بحوث كثيرة الارتباط بين اضطراب صورة الجسم واضطرابات الأكل لدى عينات غير إكلينيكية لا يوجد لديها اضطراب يتعلق بتناول الطعام ، وفيما يلى استعراض سريع للبحوث التى اهتمت بتقييم الارتباط بين المقاييس الذاتية لاضطراب صورة الجسم والخلل المتعلق بتناول الطعام ، ويلى هذا الاستعراض مناقشة للنتائج المتضاربة مع المقاييس الإدراكية .

فتوصل هيس – بيبر وآخرون .Hesse - Biber et al (1988) إلى أن التقدير الذاتى لتقييم المظهر يرتبط ارتباطاً قوياً بمقا   ييس الاضطراب المتعلق بتناول الطعام ، وكانت العلاقة أكثر قوة بالنسبة للإناث عن الذكور ، كما توصل سيلبرشتين وآخرون .Silberstein et al (1988) إلى أن اضطرابات الأكل ارتبطت بالتقدير المنخفض لشكل الجسم المثالى الذى يمكن إدراكه ، ووجد تومسون وسالتس Thompson & Psaltis (1988) علاقة سالبة بين تقييم المظهر البدنى وبين الشره العصبى .

هذا ؛ بينما توصل كوفيرت وآخرون .Coovert et al (1988) إلى عدم وجود ارتباط بين تقييم المظهر البدنى وبين الشره العصبى ، وتوصل كيتون وآخرون .Keeton et al (1990) إلى أنه يوجد ارتباط إيجابى بين

اختلاف الشكل المثالى المدرك والاضطرابات المتعلقة بتناول الطعام ولكن بالنسبة للإناث فقط ، ولم يوجد ارتباط دال بالنسبة للذكور .

وهكذا ؛ يتضح أن المبالغة فى تقدير حجم الجسم ربما يكون لها علاقة بالاضطرابات المتعلقة بتناول الطعام لدى العينة السكانية الطبيعية ، وعلى الرغم من ذلك قد تكون المس ألة أو القضية مختلفة تماماً مع الأفراد الذين تم تشخيص حالتهم على أنهم يعانون من اضطرابات الأكل وهذا ما سيتم مناقشته فى جزء لاحق .

وتوجد أيضاً بيانات وفيرة تؤكد ارتباط اضطراب صورة الجسم بالاكتئاب فعلى سبيل المثال وجد فيلذر Pfaelzer (1986) أن طلبة الكلية من الجنسين الذين يعانون من الاكتئاب لديهم مستويات عليا لعدم الرضا عن أجسامهم بدرجة أكبر من الخاضعين للدراسة الذين لا يوجد لديهم اكتئاب .

وتوصلت ميرا كوبر Cooper (1997) إلى أن طلاب الكلية من الذكور والإناث المكتئبون كانوا غير راضين عن أجسامهم وقدروا أنفسهم على أنهم ذوو جاذبية جسمية أقل من الخاضعين للدراسة غير المكتئبين ، واستنتجت الباحثة أن إدخال بيك Beck تشوه صورة الجسم كمعيار للاكتئاب تم تأييده .

وتوصل فورنارى وآخرون .Fornari et al (2000) إلى وجود علاقة سالبة وقوية بين تقدير المظهر الجس مى وبين الاكتئاب وذلك لدى عينة من طالبات الجامعة ، فالأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم كان لديهم مستوى أعلى للاكتئاب ، كما وجد تيجمان ولينش Tiggemann & Lynch (2001) علاقة موجبة بين تقدير حجم الجسم ومستوى الاكتئاب ، كما توجد أيضاً بيانات وفيرة تؤكد ارتباط صورة الجسم بتقدير الذات ، فتوصل هيس – بيبر وآخرون .Hesse - Biber et al (1988) إلى أن التقديرات الذاتية

للجاذبية ترتبط ايجابياً بالتقديرات الذاتية للثقة بالنفس والقبول الذاتى لدى كلاً من الذكور والإناث .

ووجد سيلبرشتين وآخرون .Silberstein et al (1988) أن الانشغال الزائد عن الحد بالوزن لا يرتبط بتقدير الذات ، وهذه النتيجة الغريبة ربما يتم تفسيرها بأن الطبيعة المعيارية لعدم الرضا عن الوزن لدى النساء ربما تساعد على أن تمنع تأثيراتها على تقدير الذات ، ومما هو جدير بالاهتمام أيضاً أنهم وجدوا أن درجات تقدير الذات للنسوة اللاتى أردن أن يكونوا أكثر نحافة لم تختلف عن هؤلاء الذين كان لديهم شكلاً مثالياً ومدركاً ، وأن تقدير الذات لدى الرجال لم يتأثر سواء كانوا أثقل وزناً أو أكثر نحافة مما كانوا يرغبون فيه ، وعلى الرغم من ذلك توصل تومسون وتومسون Thompson & Thompson (1986) إلى أن التقدير المرتفع للذات ارتبط بالمبالغة فى التقدير المنخفض للحجم ولكن بالنسبة للإناث فقط ، أما الارتباط بالنسبة للذكور فلم يكن دالاً .

وعلى الرغم من أن الغالبية العظمى من الدراسات التى تناولت اضطراب صورة الجسم اهتمت بدراسة العلاقة بي ن صورة الجسم وبعض المتغيرات مثل اضطرابات الأكل والاكتئاب وتقدير الذات إلا أن عدداً قليلاً منها اهتم بدراسة متغيرات أخرى ، فعلى سبيل المثال وجد أن مستوى تقييم المظهر الجس مى واختيار الشكل لدى طالبات الجامعة يرتبطان بطريقة موجبة بتاريخ يدل على الغيظ أو المضايقة Teasing ، كما وجد أن تكرار المضايقة أثناء مرحلة أو فترة المراهقة ارتبط سلبياً بتقييم المظهر الجسمى مما أدى إلى تقييم ردئ جداً لصورة الجسم (تومسون وسالتس Thompson & Psaltis ، 1988 ، 814) .

ووجد هيس – بيبر وآخرون .Hesse - Biber et al (1988) أن

التقدير الذاتى لتقييم المظهر لدى الذكور والإناث يرتبط بمفهوم الذات ، وبالنسبة للإناث كانت صورة الجسم المضطربة ترتبط بكل من التقدير المنخفض للذات ، وعدم النضج الانفعالى ، وفقدان الثقة بالنفس ، وفى دراسة قام بها سكالف – ماكيفر وتومسون Scalf - McIver & Thompson (1989) على طالبات الجامعة وجدا علاقة موجبة بين تقييم المظهر والترابط أو التماسك الأسرى ، وعلاقة سالبة بين تقييم المظهر والصراع الأسرى .

ووجد كيتون وآخرون .Keeton et al (1990) قدر كبير من التماثل أو التطابق بين العديد من المؤشرات الذاتية للاضطراب وبين الأداء الوظيفى السيكولوجى العام لكلا الجنسين كما تم قياس ـه بواسطة قائمة مراجع ـة الأعراض المعدلة Symptoms Checklist - 90 - Revised (SCL - 90 - R) مما يوضح أن الاضطراب المتزايد لصورة الجسم يرتبط بالأداء الوظيفى النفسى السئ ، وعلاوة على ذلك كانت المبالغة فى تقدير الحجم بالنسبة لكل من الذكور والإناث ترتبط ارتباطاً إيجابياً بالعديد من الاضطرابات النفسية .

وهكذا ؛ يتضح أن اضطراب صورة الجسم ينتشر بنسبة كبيرة بين العينة السكانية العامة للكبار أو الراشدين وأن هذا الخلل أو الاضطراب يرتبط ارتباطاً قوياً بمتغيرات رئيسية مثل اضطرابات الأكل ، والاكتئاب ، وتقدير الذات ، والوظائف النفسية العامة ، كما يتضح أيضاً أن المستوى المطلق للمشكلة أقوى بالنسبة للإناث عن الذكور ومع ذلك فإن البحث فى هذه الناحية غير حاسم ولاسيما فى مجال تقدير الذات واضطراب صورة الجسم لدى الإناث ، وبالإضافة إلى ذلك فإن غالبية البحوث تم إجراؤها على طلبة الكليات من الإناث ، ومسألة ما إذا كان فى الإمكان تعميم هذه النتائج على البالغين الأكبر سناً وعلى الأخص الذكور تظل مسالة يجب اختبارها والتأكد منها وهذا ما يتم

مناقشته فيما بعد .

2- المراهقون :

درجة أو مدى الاضطراب :

أوضحت نتائج دراسات شتى أجريت خلال العقود القليلة الماضية أن الفتيات المراهقات لديهن عدم رضا أو سخط أكبر بشأن أجسامهن بنسبة أعلى من المراهقين ، فالفتيات المراهقات يدركن أجسامهن بالكامل بطريقة سلبية أكبر من الذكور ، وتوصل دافيس وآخرون .Davis et al (1993) إلى أن حوالى 4 % من عينة المراهقات التى تتراوح أعمارهن من 12 -18 عاماً كانوا زائدات عن الوزن الطبيعى ، وأن ما يزيد على 15 % من أفراد العينة اعتبرن أنفسهن زائدات عن الوزن الطبيعى و أن نصف العينة أردن أن ينقصن أوزانهن ، ووج د إيزلى وآخ رون .Eisele et al (1986) أن 78 % من المراهقات فضلن أن يكون وزنهن أقل رغم أنهم كانوا فى معدل الوزن الطبيعى طبقاً لجداول الوزن ، بينما قام كوهن وآخرون .Cohn et al (1987) بدراسة شكل الجسم باستخدام مقاييس تقدير الجسم المختلفة وذلك لدى مجموعة قوامها 571 مفحوصاً ومفحوصة (بواقع 283 ذكراً ، 288 أنثى) ممن تتراوح أعمارهم بين 10.5 - 15 عاماً واختار الفتيات شكلاً مثالياً أكثر نحافة من الشكل الذى اعتقدن أنه سيكون الأكثر جاذبية للأولاد ، ومع ذلك اختار الأولاد شكلاً مثالياً كان أثقل وزناً من الشكل الذى اعتقدوا أنه سيكون الأكثر جاذبية للفتيات ، ولم يقم أى من الأولاد أو الفتيات بتقدير شكله الواقعى على أنه مختلف بدرجة دالة عن الشكل الذى اعتبروه أكثر جاذبية للجنس الآخر ، واختارت الفتيات شكلاً أكبر من شكلهن المثالى بينما كان الشكل المثالى للأولاد أثقل بدرجة دالة من تقدير شكلهن ال واقعى ، وعندما تم سؤال المجموعتين أن يختارا الشكل الذى يكون جذاباً بدرجة كبيرة للجنس الآخر ،

قامت الفتيات بتقدير أقل للحجم أو الشكل الذى كان أكثر تفضيلاً لدى البنين ، بينما اختار البنون شكلاً ذكرياً أكبر من الشكل الذى اختار هالفتيات على أنه الشكل أو الجسم الذكرى الأكثر جاذبية ، وهذه النتائج تؤكد ما توصل إليه فالون وروزين Fallon & Rozin (1985) فى دراستهما التى أجراها على البالغين التى أوضحت نتائجها وجود فروق فى الجنس أو النوع فى عدم الرضا عن صورة الجسم وكذلك تقدير الشكل الخاص بالجسم .

ويوجد عدد قليل نسبياً من الدراسات التى اهتمت بدقة تقدير الحجم لدى المراهقين ؛ فقام هالمى وآخرون Halmi et al. (1977) بدراسة المبالغة فى تقدير حجم الجسم لدى عينة تتألف من 86 فتاة مراهقة من ذوات الوزن العادى أو الطبيعى ، ووجدوا أن المبالغة الشديدة فى تقدير حجم الجسم كانت كبيرة جداً فى عمر العاشرة 41 % وانخفضت تدريجياً بعد ذلك فى عمر الحادية عشرة 23 % ، وفى سن الثامنة عشرة بلغت 11 % ، ولم يجد فابيان وتومسون Fabian & Thompson (1989 ، 69) أى تأثير للعمر الزمنى على مستوى المبالغة فى تقدير حجم الجسم ؛ حيث أظهرت نتائجهما عدم وجود فروق دالة بين متوسط مستويات التقدير فى الأعمار المختلفة بالنسبة للمبالغة فى تقدير حجم الجسم .

ارتباطات الاضطراب :

كما هو الحال مع البالغين فإن الجوانب الذاتية أو النفسية للاضطراب ارتبطت بدرجة عالية باضطرابات الأكل (جرانت وفودر Grant & Foder ، 1986 ؛ جروس وروزين Gross & Rosen ، 1988 ؛ فابيان وتومسون Fabian & Thompson ، 1989) .

وأوضحت نتائج دراسة جروس وروزين Gross & Rosen (

1988) أن عدم الرضا عن صورة الجسم فسر أو علل 2 % تقريباً من التباين الكلى فى الخلل المتعلق بتناول الطعام لدى الإناث .

وفى دراسة طولية لآتى وبروكس – جون Attie & Brooks - Gunn (1989) عن دور بعض ال متغيرات التى تتضمن تقييم المظهر فى التنبؤ بحدوث اضطرابات الأكل ، وتم قياس الخاضعين للدراسة فى سنتين منفصلتين ، وفى القياس الأول ارتبطت صورة الجسم المضطربة بدرجة دالة باضطرابات الأكل ، وأظهرت نتائج القياس الثانى أن صورة الجسم تنبأت بصورة دالة بمستويات اضطرابات الأكل ، بينما المتغيرات الأخرى مثل اضطراب العلاقات الأسرية ، والنضج الجسمى كانت منبئات على درجة كبيرة من الأهمية بحدوث اضطرابات الأكل .

ولتوضيح الارتباط بين اضطراب صورة الجسم الذاتية والاضطراب المتعلق بتناول الطعام بمعنى هل اضطراب صورة الجسم يسبب اضطرابات الأكل والعكس صحيح قام ريتشارد س وآخرون .Richards et al (1990) بتقييم 210 مراهقة ممن تتراوح أعمارهن الزمنية بين 10 – 15 عاماً وذلك على مقاييس متعددة لصورة الجسم ، والاضطرابات المتعلقة بتناول الطعام وعدد من المتغيرات الأخرى ، وأظهرت النتائج ارتباط اضطراب صورة الجسم باضطرابلت الأكل ، ومما هو جدير بالذكر أن تاريخ الغيظ أو المضايقة ارتباط إيجابياً باضطراب صرورة الجسم .

وهناك متغيرات أخرى ارتبطت باضطراب صورة الجسم فى مرحلة المراهقة فعلى سبيل المثال قام نولز وآخرون .Noles et al (1985) بدراسة العلاقة بين الجاذبية الجسمية ومفهوم الذات لدى المراهقين من الجنسين ، وأوضحت النتائج وجود علاقة بين الجاذبية الجسمية ومفهوم الذات ، وكان

الارتباط فى حالة الإناث أعلى منه فى حالة الذكور ، ووجد فابيان وتومسون Fabian & Thompson (1989) أن الرضا عن الجسم ارتبط ارتباطاً عالياً بتقدير الذات وتاريخ الغيظ أو المضايقة ومستوى الاكتئاب لدى الإناث .

ومن خلال استعراض الدراسات السابقة يلاحظ أنه فى الغالبية العظمى من هذه الدراسات كانت العينة من الإناث ، وأن المدى العمرى للخاضعين للدراسة كان واسعاً حيث تراوح من 10- 18 عاماً فى بعض البحوث ، وفى حالات كثيرة لم توجد بيانات عن العمر الزمنى ، كما يلاحظ أن الدراسات السابقة جميعها أهملت بدرجة ملحوظة الأعمار دون سن العشر سنوات وينبغى على البحوث المستقبلية أن تتناول هذه القضايا وتضعها فى الاعتبار .

3- راقصات الباليه واللاعبون الرياضيون :

بدأ الباحثون فى السنوات القليلة الماضية فى تقييم اضطراب صورة الجسم لدى مجموعة من الأفراد الذين اعتقدوا أنهم فى خطر من جراء حدوث اضطرابات الأكل ، وبالتالى فقد حظيت أنواع متعددة من الرياضات التى تتضمن الجرى والمصارعة وألعاب القوى والسرلجة ورقص الباليه بانتباهاً عملياً أو قائم على التجربة ، ويعتبر البحث فى هذا المجال فى مراحله الأولية فغالبية البحوث المتوافرة هى بحوث وصفية ، ولهذا فإنه يوجد دليل بسيط على وجود الملامح المرتبطة باضطراب صورة الجسم لدى أفراد هذه العينة السكانية .

أ- راقصات البالية :

تنطبق على راقصات الباليه معايير ومتطلبات خاصة تتعلق بوزن وشكل الجسم ، والشكل المثالى لهذه الفئة هو الشكل الطويل والنحيف ، ومما يلفت الانتباه أنه يوجد عدد قليل جداً من الدراسات التى بحثت فى اضطراب صورة الجسم لدى راقصات الباليه على الرغم من أن هذه المجموعة تعتبر فى مكمن

الخطورة لحدوث الاضطرابات المتعلقة بتناول الطعام .

وأوضحت نتائج دراسات كل من (هاملتون وآخرون .Hamilton et al، 1985 ؛ وجارنر وآخرون .Garner et al، 1987 أ ؛ هاملتون وآخرون .Hamilton et al، 1988) أن 25 % من بين مجموعة كلية قوامها 40 طالبة من طالبات مدرسة الباليه كان لديهن اضطراب فقدان الشهية العصبى ، وأن 15 % كان لديهن اضطراب الشره العصبى ، وفى هذه الدراسة قام الباحثون باختيار الخاضعات للدراسة بطريقة طولية فى محاولة لإيجاد أو اكتشاف المتغيرات التى تنذر أو تنبأ بحدوث اضطرابات الأكل ، ووجدوا أن عدم الرضا عن الجسم وكذلك الدافع للنحافة (وهما مقياسان فرعيان من قائمة اضطرابات الأكل) ينبئا بحدوث اضطرابات لاحقة تتعلق بتناول الطعام .

وقام بروكس – جون ووارين Brooks-Gunn & Warren (1985) بتقييم تأثير توقيت النضج على مستو ى الرضا عن الجسم لدى طالبات الباليه واستناداً إلى أن الفتيات ذات النضج المتأخر اللاتى يصلن إلى سن الحيض بعد بلوغ الرابعة عشر من العمر يكن أكثر نحافة ولديهن مستويات أكثر انخفاضاً لدهون الجسم عن الفتيات ذات النضج المبكر أو الناضجات فى الوقت المناسب ؛ حيث افترضوا أن الفتيات ذوات النضج المبكر سيكون لديها اضطراب أقل لصورة الجسم وتم تأكيد هذه النتائج ، أما الفتيات ذوات النضج المتأخر كان لديهن اضطراب بدرجة أقل لصورة الجسم وأيضاً مستويات متدنية لكل من الكمالية أو المثالية وزيادة الشهية للطعام والحالة النفسية بصفة عامة .

وقام جارجيلو وآخرون .Gargiulo et al (1987) بتقييم عينة من الراقصات وغير الراقصات من حيث اضطراب صورة الجسم ، ووجدوا أن الراقصات كان لديهن صورة للجسم أكثر اضطراباً مقارنة بغير الراقصات وتزداد

الحالة سوءاً فى حالة كبر الثديين .

وفى دراسة اهتمت بتقدير حجم الجسم لدى الراقصات توصل ميرمان Meermann (1983) إلى أن راقصات البالية ولاعبات الجمباز بالغن فى تقدير أحجام أجسامهن بدرجة أكبر عما هى فى الواقع مما يشير إلى اضطراب صورة الجسم لدى الراقصات ولاعبات الجمباز .

وفى بحث لتقدير حجم الجسم لدى الراقصات قام بروكس – جون وآخرون Brooks - Gunn et al. (1988) بمقارنة الراقصات بالسباحات والمجموعات الضابطة ، وأظهرت النتائج أن الراقصات لديهن اضطراب يتعلق بتناول الطعام بدرجة أكبر من السباحات وأفراد المجموعة الضابطة .

ب- اللاعبون الرياضيون :

يؤدى اللاعبون الرياضيون تدريباتهم وأنشطتهم المتكررة لعدة أسباب ، فعلى المستوى التنافسى يعتبر الوصول إلى مستوى معين من الأداء أمراً مرغوباً فيه وربما يستدعى ذلك تحقيق وزن معين للجسم كما فى حالة المصارعين ولاعبى الجمباز أو حجم معين للجسم ، كما فى حالة رافعو الأثقال ومع ذلك فـإن الغالبية العظمى من الأفراد الذين يشتركون فى أنشطة تدريبية رياضية يكون الهدف منها المحافظة على الصحة أو الوصول إلى مظهر معين (سيلبرشتين وآخرون Silberstein et al. ، 1988 ، 220) ، وبوضع هذه المسالة الأخيرة فى الاعتبار يبدو أن كثيراً من الأفراد يستخدمون التمرينات الرياضية كاستراتيجية لإنقاص الوزن أو كوسيلة لإعادة تشكيل تكوين الجسم .

وفى السنوات القليلة الماضية بدأ الباحثون فى فحص الارتباط بين الأنشطة الرياضية وبين اضطرابات الأكل وتوصلوا إلى وجود علاقة موجبة ودالة بين الأنشطة الرياضية وبين اضطرابات الأكل .

وقام إنس وآخرون .Enns et al (1987) بتقييم المصارعين والسباحين والعدائين ووجدوا أن الخاضعين للدراسة من المصارعين لديهم مستويات لاضطرابات الأكل بدرجات أعلى ، واستنتج الباحثون أن الانشغال بالوزن ربما يمثل المؤشرات الأولية للاضطراب المتعلق بتناول الطعام المرتبط ببعض أشكال التدريب الرياضى الشاق ، فالمصارعون كانوا مطالبين بالمحافظة على معايير دقيقة للوزن (فى حالات كثيرة يكون هناك مطلباً لإنقاص الوزن أو الوصول إلى وزن معين استعداداً لمباراة معينة) ، بينما السباحون و العدائون لديهم هذا المطلب ولكن بدرجة أقل .

وقام باسمان وتومسون Pasman & Thompson (1988) بتقييم العدائين من الذكور والإناث ورافعى الأثقال إلى جانب مجموعة من العاديين كمجموعة ضابطة ، ووجدا أن كلتا المجموعتين لديها اضطرابات تتعلق بتناول الطعام بدرجة أكبر من المجموعة الضابطة ولكن لا توجد فروق بينهما ، كذلك أظهرت النتائج أن أفراد المجموعتين كانوا أكثر اضطراباً فى جميع مقاييس الاضطراب المتعلق بتناول الطعام مثل صورة الجسم ، والاكتئاب ، وانخفاض تقدير الذات .

وتقييم أو قياس اضطرابات الأكل ، واضطراب صورة الجسم لدى العدائين كان الهدف وراء الدراسة المسحية التى قام بها برونيل وآخرون .Brownell et al (1988) حيث اعتمدوا فى ذلك على مجموعة قوامها 4500 عداءً من الذكور والإناث وقرر 48 % من الإناث ، 24 % من الذكور أنهم كانوا منشغلين انشغالا زائداً بالرغبة فى أن يكونوا أكثر نحافة ، كما أنهم كانوا منزعجين جداً من احتمال زيادة الوزن ، كما أن الإناث اشتركن فى سلوكيات متطرفة للتحكم فى وزنهن مثل التقيؤ الصناعى Self - Induced

Vomiting واستخدام الملينات Laxatives ومدرات البول Diuretics حيث ذكر 26 % من الإناث استخدامهن لهذه الطرق ، وذكر 4 % فقط من الذكور أنهم كانوا غير راضين عن حجم أو شكل جسمهن الواقعى .

كما وجد ويلير وآخرون Wheeler et al. (1986) أن العدائين من الذكور بالغوا فى تقدير حجم الجسم إلى حد كبير مقارنة بالمجموعة الضابطة أو العادية ، فالعداءون الذين يجرون لأميال كبيرة (ما يزيد على 40 ميل فى الأسبوع) وجد أنهم يبالغون فى تقدير حجم أجسامهم بدرجة أكبر من الخاضعين للدراسة الذين يجرون لمسافة أميال أقل تتراوح من 20 – 39 ميلاً فى الأسبوع ، ومع ذلك وجد نايت وآخرون Knight et al. (1987) أن العدائين من الذكور والإناث قاموا بتقدير أقل لحجم الخصر وكانوا أكثر دقة من ذوى فقدان الشهية العصبى بصفة عامة ، ولم يجد إنس وآخرون Enns et al. (1987) فروق بين المصارعين والسباحين وعدائى عبور الضاحية وذلك فى درجة التقدير الزائد عن الحد لحجم الجسم ، وفى الواقع كانت كل مجموعة دقيقة فى تقديراتها ، ويؤخذ على هذه الدراسة أنها لم تشتمل على مجموعة ضابطة للمقارنة .

وقارن أونيز وسلاد Owens & Slade (1987) بين الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى والعدائين لمسافات طويلة وذلك من حيث مستويات الكمالية وعدم الرضا عن الجسم ووجدا أن المجموعتين تشابها فى مستويات الكمالية ، ولكن درجة العدائين فى عدم الرضا عن الجسم كانت تشبه درجات الأفراد العاديين .

وفيما يتعلق بفحص الجوانب الذاتية والإدراكية لاضطراب صورة الجسم قام نودلمان وآخرون Nudelman et al. (1988) بمقارنة بين العدائين

الذكور والإناث اللاتى يعانين من الشره العصبى ووجدوا أنه لا يوجد فرق بين مستويات المبالغة فى تقدير حجم الجسم لديهم .

وقام باسمان وتومسون Passman & Thompson (1988) بعمل تقييم للعدائين ورافعى الأثقال ، والمجموعات الضابطة الذين يمارسون العمل وهم قعوداً أى يمارسون الأعمال التى تستدعى الجلوس لفترات طويلة وكان هناك 30 خاضعاً للدراسة فى كل مجموعة ، وكانت المجموعات متماثلة من حيث الجنس أو النوع ، وأظهرت النتائج أن رافعى الأثقال كانوا يقدرون حجم الجسم بدقة أكبر من العدائين ومن المجموعات الضابطة ، وكانت النتائج متشابهة بالنسبة لكل من الذكور والإناث ، بالإضافة إلى ذلك كان رافعوا الأثقال من الجنسين راضون عن أجسامهم بدرجة متساوية ، بينما كان العدا ءات الإناث وكذلك المجموعة الضابطة للإناث أكثر رضاً عن أجسامهن من العدائين الذكور وكذلك المجموعة الضابطة للذكور ، وبالنسبة لمقياس تقييم المظهر الجسمى كان للعدا ءات الإناث صورة سيئة جداً لأنفسهن بدرجة أكبر من العدائين الذكور ، ولم تظهر النتائج فروق بين أى من المجموعات الأخرى فى تقييم المظهر الجسمى ، وعلى الرغم من أن البحث فى هذا المجال يعتبر نادراً إلا أنه يتضح أن الإناث ولاسيما اللاتى يمارسن رياضة الجرى أو العداءات يكون مستوى الاضطراب لديهن أكبر من الذكور ، وعلاوة على ذلك ربما يكون المصارعون فى خطر أكبر من جراء حدوث الاضطراب المتعلق بتناول الطعام ، ويبدو أن رافع ى الأثقال لديهم اضطراب لصورة الجسم بدرجة أقل من المجموعات الأخرى ، ومما هو جدير بالاهتمام أن العدائين من الذكور أظهروا رضا عن صورة الجسم بدرجة أكبر من الإناث ، بينما رافعوا الأثقال من كلا الجنسين كانوا متساوين فى الرضا عن صورة الجسم ، وبالإضافة إلى

ذلك كان رافعوا الأثقال من كلا الجنسين يتميزون بالدقة المطلقة فى تقدير حجم الجسم ، ويرى الباحثان أن التعرض المستمر للمرآة الذى يقوم به رافعوا الأثقال وبالتالى التغذية المرتدة الإدراكية ربما تفسر السبب فى هذه الدقة الواضحة .

ومن الملاحظ ندرة فى الدراسات التى تتعلق باضطراب صورة الجسم لدى الرياضيين وراقصى الباليه ، ويجب توخى المزيد من الحرص والحذر عند اختيار العينات التى يجب دراستها ، ففى بعض الدراسات تألفت العينات من طلبة الكليات الذين يمارسون الرياضة ، بينما هناك دراسات أخرى كانت عيناتها من الرياضيين الذين يمارسون الرياضات الترفيهية ، وهناك حاجة إلى تقييم الذكور والإناث فى نفس الدراسات وهذا لم يحدث إلا بالقدر اليسير ، وينبغى أن يوضع الرياضيون فى أنماط تستند أو تقوم على دافعيتهم لأداء التمرينات الرياضية .

وربما يختلف الأفراد الذين يشتركون فى أنشطة بدنية بهدف التحكم فى الشكل والوزن من الناحية النظامية عن الأفراد الذين يمارسون التدريبات الرياضية لأسباب تتعلق بالصحة أو بسبب وجود اضطراب شديد يتعلق بتناول الطعام أو اضطراب الوسواس القهرى ، وبوضع هذه الأمور فى الاعتبار سيتضح أنه من المهم أن نستبعد الأفراد الذين تم تشخيصهم إكلينيكياً على أنهم يعانون من فقدان الشهية للطعام أو زيادة الشهية للطعام من العينات لأن إدخال أو تضمين هذه العينات أو هؤلاء الأفراد ربما يسبب انحرافاً أو تحيزاً فى البيانات مما يجعل الباحثون يستنتجون أن الرياضيين ربما يكون لديهم اضطراب بصفة عامة فى نواحى أو معالم معينة .

٤ -الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل :

درجة أو مدى الاضطراب :

يرجع الفضل إلى هيلد بروش Hilde Bruch فى عام 1962 فى التعرف على صورة الجسم السلبية كملمح أساسى لاضطرابات الأكل ، وفى نهاية القرن الماضى زاد الاهتمام ب اضطراب فقدان الشهية العصبى ، واضطراب الشره العصبى ونالا الكثير من انتباه واهتمام الباحثين (روزين Rosen ، 1990 ؛ شروليندت وجونسون Schlundt & Johnson ، 1990 ؛ وليامسون Williamson ، 1990 ؛ أحمد عبد الخالق ومايسة النيال ، 1992 ؛ كوبر Cooper ، 1995 ؛ فيشتر وكادفليج Fichter & Quadflieg ، 1997 ؛ أحمد عبد الخالق ، 1997 ؛ فيشتر وآخرون Fichter et al. ، 1998 ؛ فرويت وآخرون Foreyt et al. ، 1998 ؛ موس Muuss ، 1998 ؛ زينب شقير ، 1999 ؛ مجدى الدسوقى ، 2001 ؛ مجدى الدسوقى ، 2002) ، والطبعة الثالثة المعدلة من الدليل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات النفسية (DSM - III - R) وكذلك الطبعة الرابعة DSM - IV) (تضع الاهتمام أو الانشغال بشأن صورة الجسم بين المعايير التشخيصية لكل من اضطراب فقدان الشهية العصبى ، و اضطراب الشره العصبى ، وكشفت نتائج العديد من الدراسات عن ارتباطات متسقة بين اضطراب صورة الجسم وبين السلوك المتعلق بالأكل ، وأشارت نتائج العديد من الدراسات أيضاً إلى أن اضطراب تشوه صورة الجسم مؤشر لسلوك اضطرابات الأكل (روزين Rosen ، 1992 ؛ تومسون Thompson ، 1992 ؛ سوبال وبيلز Sobal & Beals ، 1996 ؛ مازيو Mazzeo ، 2000) .

وهناك نقطة خلاف مهمة تتعلق بالطبيعة النوعية أو المحددة لاضطراب صورة الجسم بين الأشخاص الذين لديهم اضطرابات تتعلق بالأكل ، ولإيجاد حل لهذا الموضوع قام كاش ودييجل Cash & Deagle (1995) بإجراء

تحليل بعدى لـ 56 دراسة قامت بمقارنة إما اضطراب فقدان الشهية العصبى أو اضطراب الشره العصبى مع مجموعات ضابطة وذلك على مؤشرات متعددة لصورة الجسم ، وبينت النتائج أن أفراد المجموعات الكلينيكيۃ تبالغ فى تقدير حجم الجسم من الناحية الإدراكية أكثر مما يقوم به أفراد المجموعات الضابطة ، فالتشوه الإدراكى لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل تجاوز 73 % مقارنة بأفراد المجموعات الضابطة ، كما أن الاتجاهات المتعلقة بالوزن أو الشكل وتقديرات المظهر العام ومستوى عدم الرضا عن الجسم (المكون الاتجاهى لصورة الجسم) بين الأشخاص الذين لديهم اضطرابات متوسطة تتعلق بالأكل قد فاقت أو تعدت نسبة 91 % عن أفراد المجموعة الضابطة ، ولم تظهر النتائج وجود فروق بين الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى ، والأفراد الذين يعانون من الشره العصبى فى درجة التشوه الإدراكى ، بينما أظهرت النتائج أن الأفراد الذين يعانون من الشره العصبى أظهروا اتجاهات سلبية عن الجسم بصورة دالة أكثر مما أظهره الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى ، وهذا التحليل البعدى أظهر بوضوح الارتباط القوى بين اضطراب المكون الاتجاهى لصورة الجسم ، واضطرابات الأكل ، إلى جانب أنه أوضح أيضاً وجود ارتباط متوسط بين مؤشرات التشوه الإدراكى واضطرابات الأكل .

ولقد توصل عدد من العلماء أمثال (فيربورن Fairburn ، 1987 ؛ ويلسون وسميث Wilson & Smith ، 1989 ؛ جارفينكل Garfinkel ، 1992 ؛ ليندا إيوالد Ewald ، 1993 ؛ باولوك وجورى Pawluck & Gorey ، 1998 ؛ سوليفان وآخرون Sullivan et al. ، 1998) إلى أن الملمح أو الصفة المميزة الأساسية لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل هى

محاولة إنقاص الوزن أو التوصل إلى وزن مناسب من أجل الشعور بتقدير الذات .

ويرى كاش وجرانت Cash & Grant (1996 ، 580) أن التحسن فى صورة الجسم يعتبر ضرورياً للعلاج الفعال أو المؤثر للاضطرابات المتعلقة بالأكل ، كما توصلا إلى أن اضطراب صورة الجسم يساعد على التكهن باضطراب فقدان الشهية العصبى وكذلك الشره العصبى ، وعلى الرغم من أن جميع النتائج ليست متوافقة أو متسقة فإن الدليل الأساسى يوحى بأن اضطراب صورة الجسم ربما يشكل خطراً للتنحى أو الانسحاب من العلاج ، أو مؤشر قوى للانتكاس أو عودة المرض ، وهذا يعنى أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل يكون لديهم اتجاهات سلبية عن أجسامهم بدرجة أكبر من الأفراد الذين لا يوجد لديهم اضطرابات تتعلق بالأكل .

وهكذا ؛ يتضح من عرض الدراسات السابقة أن الإناث يبالغن فى تقدير حجم أجسامهن بدرجة كبيرة جداً عن الذكور ، ومما يؤكد ذلك ما أظهرته نتائج دراسة تومسون وتومسون Thompson & Thompson (1986) حينما قاما بتقدير 30 من الذكور والإناث الذين لا تبدو عليهم أعراض مرضية باستخدام طريقة شعاع الضوء الذى يمكن تعديله ، وكان متوسط المبالغة فى التقدير بالنسبة للإناث يبلغ 25 % ، بينما كان يبلغ لدى الذكور 14 % أعلى من تقديراتهم لحجم الجسم ، بينما أظهرت نتائج دراسة مازيو Mazzeo (2000 ، 42) أن الإناث فى المجموعة الضابطة لم يختلفن بطريقة دالة عن اللاتى يعانين من اضطرابات الأكل ولديهن اتجاهات سلبية ع ن أجسامهن ، كما أن هناك بحوث أخرى زعمت أن وجود أو غياب الاتجاهات السلبية لصورة الجسم لا يعد مؤشراً مهماً لحدوث أو تطور الاضطرابات المتعلقة بالأكل على

الرغم من أن قلق الفرد من صورة الجسم له علاقة وثيقة بأوجه السلوك المتعلقة باضطرابات الأكل ، فعلى سبيل المثال يمكن لامرأة واحدة أن تعتقد بأنها تزيد فى الوزن بضعة كيلوجرامات ولا تكون منشغلة أو قلقة بش أن ذلك بينما يمكن أن يختلف الأمر عند امرأة أخرى فتصبح قلقة بدرجة زائدة عن الحد إذا زادت فى الوزن مجرد ربع كيلو وبالتالى فإن هاتين السيدتين ربما تتجاوبان مع هذا الموقف بصورة مختلفة وذلك بالنسبة لأسئلة مثل : هل تشعرين بأنك زائدة فى الوزن عندما تكونين مع الآخرين ؟ ، وهل تشعرين بالتذمر والضيق من شكلك ؟ ومثل هذه الأسئلة تعكس الانشغال الزائد أو الانزعاج من صورة الجسم ، ورغم ذلك فإن هاتين السيدتين ربما تتجاوبان بصورة متشابهة لعبارات مثل : أعتقد أننى زائدة عن الوزن الطبيعى أو أعتقد أننى جذابة من الناحية الجسمية ، والتى تعتبر شائعة فى مقاييس اتجاه صورة الجسم Body Image Attitude Scales .

وتُعد هيلد بروش Hilde Bruch أول باحثة تقدم نموذج يتعلق باضطراب فقدان الشهية العصبى ، ووصفت بروش ثلاثة أعراض مرضية أساسية فى نمو أو تطور هذا الاضطراب ، حيث اندهشت من قلة الاهتمام الواضح لدى المرضى تجاه مظهرهم الهزيل أو الضعيف ولاحظت أن الملمح الأساسى المميز لفقدان الشهية العصبى لم يكن الهزال أو الضعف ولكنه اضطراب صورة الجسم المرتبط بذلك ، والعناد أو تصلب الرأى والقوة التى يتم بها الدفاع عن المظهر الفظيع للجسم على أنه عادى وطبيعى وليس نحيفاً أكثر من اللازم (بروش Bruch ، 1962 ، 189) .

وافتراض بروش Bruch حاز على تأييد قوى وذلك عندما وجد سلاد وراسيل Slade & Russell (1973 ، 191) أن الأفراد الذين يعانون من

فقدان الشهية العصبى يبالغون فى تقدير حجم أجسامهم بدرجة أكبر مما يقوم به الخاضعون للدراسة من أفراد المجموعة الضابطة كما لاحظا أيضاً أن مستوى التقدير المبالغ فيه انخفض أو تناقص عندما ازداد المرضى فى الوزن وتم ربط ذلك بالانتكاس الذى تلى أو حدث عقب خروجهم من المستشفى .

وتلى هذه الدراسة مجموعة من الدراسات التى أكدت هذه النتائج (جارنر وجارفينكل Garner & Garfinkel ، 1981 ؛ سلاد Slade ، 1985 ؛ كاش وبرون Cash & Brown ، 1987 ؛ تومسون وآخرون Thompson et al. ، 1990 ؛ هاورث – هوبنر Haworth - Hoeppner ، 2000) ، وأصبحت معايير اضطراب صورة الجسم متضمنة فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث للاضطرابات النفسية (DSM - III) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام 1980 كمعيار من خمسة معايير تشخيصية لازمة أو ضرورية لتشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبى ، وفى أوائل الثمانينيات ظهر اضطراب آخر يتعلق بالأكل وهو زيادة الشهية العصبى أو الشرهالعصبى Bulimia Nervosa ووجه الباحثون انتباههم إلى تقدير صورة الجسم لدى الأفراد الذين يعانون من الشره العصبى ، وأوضحت نتائجهم أن هؤلاء الأفراد يمرون أيضاً بتجربة عدم الدقة فى تقدير الحجم ، ولكن بدرجة أكبر مما فى حالة الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى (تومسون Thompson ، 1990 ، 30) ، ومن ثم أدخل الباحثون اضطراب صورة الجسم كمعيار تشخيصى بالنسبة لتشخيص اضطراب الشره العصبى فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات النفسية .

وفى أوائل الثمانينيات من القرن الماضى بدأ كثير من الباحثين فى وضع قائمة لتكرار اضطراب صورة الجسم لدى العينات السكانية غير

الكلينيكية ، وأكدت نتائج العديد من البحوث على انتشار هذا الاضطراب بطريقة واضحة لدى الخاضعين للدراسة الذين لا توجد لديهم أية اضطرابات تتعلق بالأكل ، وهناك أيضاً بعض الدراسات التى أوضحت مستوى التعاسة الناتج عن اضطراب صورة الجسم الذى يوجد فى العينة السكانية العامة ، وأوضح نيلسون Nielson (1979) أن 50 % من الإناث اللاتى تتراوح أعمارهن الزمنية بين 24 – 54 عاماً كانوا يتبعن النظام الغذائى الصحى خوفاً من الزيادة فى الوزن ، وأظهرت نتائج الدراسة التى قام بها سلاد Slade (1985) أن حوالى 63 % ذكرن أن زيادة الوزن تؤثر على مشاعرهن أو على طريقة إحساسهن بأنفسهن ، كما وجد سيلبرشتين وآخرون .Silberstein et al (1987) فى دراسة طولية أجروها على النساء اللاتى تعدين سن الستين أن الخوف من اكتساب الوزن جاء فى المرتبة الثانية لأكبر اهتمام أو انشغال لهم ، وكان الخوف من فقدان الذاكرة فى المرتبة الأولى ، ولاحظ كل من هاتفيليد وسبريتشير Hatfield & Sprecher (1986) من خلال مسح للممارسات الجنسية أن النساء كانوا أكثر إحراجاً عندما يتم سؤالهن عن وزنهن ولم يبدين نفس الشعور عند سؤالهن عن الأنشطة الجنسية .

وأظهرت نتائج المسح الذى قام به كاش وآخرون .Cash et al (1986) على عينة تضم 3000 مفحوصاً من الجنسين أن الذكور والإناث يبدون مستويات عالية من عدم الرضا عن صورة الجسم ، وتعنى هذه النتيجة عدم الرضا عن صورة الجسم لكلا الجنسين إلا أن الإناث كن أكثر تعاسة من الذكور فيما يتعلق بجميع أجزاء أو مناطق الجسم باستثناء الوجه والطول ، كما أن الإناث سجلن درجات أكثر انخفاضاً فى تقييم المظهر الجسمى العام عن الذكور ؛ حيث قام 24 % من الذكور بتقدير المظهر الجسمى بطريقة سلبية

فى مقابل 31 % من الإناث ، كما سجل الإناث أيضاً درجات أكثر انخفاضاً من الذكور فى المقاييس المصممة لتقدير تقييمهن الخاص عن لياقتهن وصحتهن ونشاطهن الجنسى وكان الذكور أكثر دقة فى تصنيف أنفسهم عن الإناث ؛ حيث أظهرت النتائج أن 47 % من الإناث ذوات الوزن الطبيعى صنفوا أنفسهن على أنهن من ذوات النمط الزائد عن الوزن الطبيعى ، 40 % من الإناث ذوات الوزن المنخفض صنفوا أنفسهن على أنهن من ذوات الوزن الطبيعى .

والبيانات المتعلقة بالخاضعين للدراسة الذين لا توجد لديهم اضطرابات تتعلق بالأكل أيدت أيضاً التقدير الزائد عن الحد للحجم الذى وجد من قبل لدى العينات التى تعانى من فقدان الشهية العصبى ، أو الشره العصبى (برتشنيل وآخرون Birtchnell et al. ، 1987 ، 388) ، فمثلاً وجد تومسون Thompson (1986 ، 39) أن ما يقرب من 95 % من الإناث بالغن فى تقدير حجم أجسامهن ، وجاء تقدير الخصر زائداً عن الحد بنسبة 35 % ويلى ذلك الإليتين بنسبة 17 % ، والأوراك بنسبة 11 % ، وتوصل تومسون وتومسون Thompson & Thompson (1986 ، 1064) إلى أن المبالغة فى تقدير الحجم لدى الإناث كانت تقريباً الضعف بالمقارنة بالنسبة الموجودة لدى الذكور .

والدراسات الحديثة أوضحت أن المبالغة فى تقدير الحجم ليست قاصرة على العينات التى تعانى من اضطرابات الأكل ، وهذا يعنى أن اضطراب صورة الجسم ينتشر لدى العينات السكانية العادية التى لا يوجد لديها أية اضطرابات تتعلق بتناول الطعام ، والاعتراف بهذا الكيان الإكلينيكى جعل الباحثين يقومون بإجراء بحوث للعلاج تركز بدرجة دقيقة على مشاكل صورة

الجسم لدى العينات السكانية العادية أو الطبيعية ، وعلاوة على ذلك فقد بدأ الباحثون يهتمون بدراسة التأثيرات المدمرة لاضطراب صورة الجسم على الوظائف السيكولوجية العامة ، فعلى سبيل المثال اكتشف الباحثون وجود ارتباطات قوية بين الجوانب الإدراكية والذاتية للاضطراب ، وبين التقدير المنخفض للذات ، والاكتئاب الحاد ، والمحنة أو الضيق النفسى ، كما لاحظ عدد كبير من الباحثين أن انشغال الإناث بالوزن وبصورة الجسم وصل إلى نسب عالية جداً .

واستخدم الباحثون عبارة الاستياء أو السخط المعيارى Normative Discontent لوصف انتشار أو تفشى هذه الظاهرة ؛ حيث نظروا إلى هذا الاستياء المعيارى لصورة الجسم على أنه يوجد على متصل فالأفراد على نهاية المتصل لديهم مخاطرة عالية لنمو الاضطرابات المتعلقة بالأكل ، ولسوء الحظ فإن كل الدلائل توضح أن مستويات الضيق من صورة الجسم فى ارتفاع مستمر (هسو Hsu ، 1989؛ جليفز وآخرون .Gleaves et al ، 1995 ؛ جروجان Grogan ، 1999) ، والمبالغة فى تقدير الحجم لدى الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية خلق اهتماماً يتعلق بالظاهرة لدى الباحثين الذين طوروا مجموعة متنوعة وواسعة من الطرق والإجراءات الخاصة بتقدير المظهر الخاص بصورة الجسم (كاش وبرون Cash & Brown ، 1987 ؛ جارنر وآخرون .Garner et al ، 1987 ب ؛ تومسون وآخرون .Thompson et al ، 1990) .

درجة أو مدى الاضطراب :

يسلم عدد كبير من الحقائق المسلم بها بأن المبالغة فى تقدير الحجم لا تقتصر فقط على العينات التى لديها اضطرابات تتعلق بتناول الطعام ، فلم

تظهر نتائج عديد من الدراسات عن وجود فروق بين الخاضعين للدراسة الذين لا توجد لديهم أعراض مرضية وبين الأفراد الذين لديهم اضطرابات الأكل ، ومع ذلك ففى مراجعة لتلخيص النتائج عبر مجموعة من الخاضعين للدراسة وجد سلاد Slade (1985) مبالغة فى تقدير الحجم لدى الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى بدرجة أكبر بالمقارنة بالمجموعات الضابطة ، والدراسات التى أجريت بعد ذلك أدخلت تحليلاً لمستوى المبالغة فى تقدير حجم الجسم لدى الأفراد الذين يعانون من الشره العصبى فوجد ويلموث وآخرون Willmuth et al. (1985) أن الأفراد الذين يعانون من الشره العصبى يبالغون فى تقدير حجم الجسم بدرجة أكبر من المجموعة الضابطة ، ومع ذلك وجد كل من كاونتس وآدمز Counts & Adams (1985) أنه لا توجد أى اختلافات بين الأفراد ذوى الشره العصبى والأفراد الذين كانوا يعانون من السمنة فى مرحلة سابقة ، والأفراد المتبعين للرجيم من ذوى الوزن العادى ، والمجموعات الضابطة .

وقام تويز وآخرون Touyz et al. (1985) بعمل مقارنة بين الأفراد الذين يعانون من الشره العصبى ، والأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى بهدف معرفة المبالغة فى تقدير حجم الجسم بين أفراد المجموعتين ، وأظهرت النتائج أن الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى بالغوا فى تقدير حجم الجسم بدرجة أقل من الأفراد الذين يعانون من الشره العصبى ، ووجد تومسون وآخرون Thompson et al. (1986) أن الأفراد الذين يعانون من الشره العصبى من ذوى الوزن العادى وبدون تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبى كان لديهم مستويات لعدم الدقة فى تقدير الحجم أعلى من المجموعات الضابطة ، والأفراد السمان ، والأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى ،

بينما أظهرت نتائج دراسة ليندهولم وويلسون Lindholm & Wilson (1988) التى اهتما فيها بمقارنة الشرهين بمجموعتين ضابطتين أحدهما من النمط المقيد أو التقييدى Restrained لتناول الطعام ، والأخرى من النمط غير التقييدى أن الأفراد الشرهين والأفراد ذوى النمط التقييدى بالغوا فى تقدير حجم الجسم بدرجة أكبر من المجموعة الضابطة ذات النمط غير التقييدى فى تناول الطعام ، كما توصل ويلموث وآخرون .Willmuth et al (1988) إلى أن الأفراد ذوى الشره العصبى الذين يتخلصون من الطعام بعد تناوله بالغوا فى تقدير حجم الجسم بدرجة أكبر من الأفراد ذوى الشره العصبى الذين لا يتخلصون من الطعام بعد تناوله أو من المجموعات الضابطة .

وبسبب وجود اختلافات فى المستويات المطلقة للمبالغة فى التقدير بين الخاضعين للدراسة من الكلينيكيين والمجموعات الضابطة بدأ بعض الباحث ين فى البحث عن جوانب أخرى للمكون الإدراكى فعلى سبيل المثال لاحظ العديد من الباحثين أن الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى قد يكونوا أكثر اختلافاً فى إدراكهم لحجم الجسم بمعنى أنهم يظهرون أوجهاً متطرفة أو مغالية للتقدير الزائد عن الحد والتقدير الأقل عن الحد (سوليفان وآخرون Sullivan .et al ، 1998 ؛ ودسايد وآخرون .Woodside et al ، 1998) ، وفى أحدث تحليل لهذا الموضوع تم اختبار الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى ، والأفراد الذين يعانون من الشره العصبى والأفراد السمان ، والمجموعات الضابطة بالنسبة لدقة تقدير حجم الجسم ، وأوضحت النتائج أن الخاضعين للدراسة من الأفراد السمان ومن الشرهين بينوا أكبر اختلاف للإفراط فى التقدير تلاهم فاقدوا الشهية والمجموعات الضابطة (روجرز وبيترى Rogers & Petrie ، 2001 ، 181) .

وهناك عامل آخر ربما يكون من العوامل التى تسهم فى تنوع أو اختلاف الإفراط فى التقدير الذى تم الكشف عنه فى بعض الدراسات التى أجريت على العينات الإكلينيكية وهذا العامل هو تأثير التعليم ، وكما تم ملاحظته من قبل وجد تومسين وآخرون Thomsen et al. (2001) لدى عينة من الطالبات العاديات أن التقديرات التى تعتمد على الطريقة التى يشعر بها الخاضعات للدراسة بشأن أجسامهن أنتجت مؤشرات للمبالغة فى تقدير حجم الجسم بدرجة أكبر من التقديرات القائمة على الحكم العقلانى للحجم Rational Judgment Size ، وتوصل أرريازا ومان Arriaza & Mann (2001) إلى نتائج متشابهة لدى عينات من الأفراد الذين لا يعانون من أى اضطرابات تتعلق بالأكل ، بينما الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى ، والأفراد الذين يعانون من الشره العصبى كانت مستويات الإفراط فى التقدير لديهم عالية ، كما وجد كاسبر وآخرون Casper et al. (1981) أن الأفراد فى مرحلة المراهقة المتأخرة الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى كان لديهم درجة من عدم الرضا عن الجسم أكبر من المجموعة الضابطة العادية .

واستخدم كونتس وآدامز Counts & Adams (1985) مقياس التباين المثالى – المدرك للرضا عن الجسم Perceived - Ideal Discrepancy Measure ولم يتوصلا إلى وجود فروق بين مجموعة المتبعين للرجيم الذين كانوا يعانون من الشره العصبى فيما سبق ، ومجموعة الزائدات عن الوزن الطبيعى أو العادى فى الماضى ولكنهم غير سمينات فى الوقت الحالى ، كذلك لم تظهر النتائج وجود فروق بين درجات أفراد أى من المجموعتين على المقاييس المستخدمة والمجموعة الضابطة المقيدة فى تناولها للطعام ، وكان أفراد المجموعتين الأولى والثانية يعانين من عدم الرضا عن صورة الجسم

بدرجة أكبر من المجموعة الضابطة العادية ، وتوصل كل من لندهولم وويلسون Lindholm & Wilson (1988) إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعة الشره العصبى والمجموعة الضابطة المقيدة فى تناولها للطعام فى عدم الرضا عن صورة الجسم لصالح مجموعة الشره العصبى ، وأنه توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الضابطة المقيدة فى تناولها للطعام والمجموعة الضابطة غير المقيدة فى تناولها للطعام بالنسبة لعدم الرضا عن صورة الجسم لصالح المجموعة غير المقيدة فى تناولها للطعام .

ووجد بوست وكروثير Post & Crowther (1987) أن المراهقين الشرهين الذين يتخلصون من الطعام بعد تناوله كان لديهم إدراك سلبى لوزن هم الحالى بدرجة أكبر من المراهقين الشرهين الذين لا يتخلصون من الطعام بعد تناوله ، وتعنى هذه النتائج أن اضطراب صورة الجسم يرتبط بصفة عامة باضطرابات الأكل ، وقام دافيس وآخرون Davis et al. (1993) بتكرار هذه الدراسة مع البالغين أو الكبار ووجدوا أن الأفراد الشرهين الذين لا يتخلصون من الطعام بعد تناوله كانوا أقل اضطراباً من الأفراد الشرهين الذين يتخلصون من الطعام بعد تناوله ، ووجد كاش ودياجل Cash & Deagle (1995 ، 62) أن الأفراد الذين يتخلصون من الطعام بعد تناوله والذين يقل وزنهم عن الوزن الطبيعى كانوا يعانون من عدم الرضا عن صورة الجسم بدرجة أقل من الأفراد الذين يتخلصون من الطعام بعد تناوله ولكن من ذوى الوزن الطبيعى ، وفسر الباحثين ذلك بأن الأفراد الشرهين الذين يقل وزنهم عن الوزن الطبيعى يكونون أكثر قبولاً لوزنهم وبالتالى أكثر رضا عن صورة الجسم .

ارتباطات الاضطراب :

أوضح العديد من الباحثين أن المبالغة فى تقدير حجم الجسم ترتبط بدرجة كبيرة بعدد من المتغيرات المهمة من الناحية الكلينيكية ، فقد وجد تومسين وآخرون Thomsen et al. (2001) أن مستوى تقدير حجم الجسم انخفض لدى المفحوصين عندما ازدادوا فى الوزن وأن درجة المبالغة أو الإفراط فى التقدير ارتبطت ارتباطاً دالاً بدخولهم المستشفى لتلقى العلاج ، وأن الخاضعين للدراسة الذين لم يقل لديهم حجم المبالغة فى التقدير كانوا أكثر عرضة للانتكاس .

ويرى روجرز وبيترى Rogers & Petrie (2001) أنه يسهل التعرف على الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبى أو الشره العصبى) من خلال التعرف على اضطراب صورة الجسم ، واستخدم الباحثان مقياس التباين أو الاختلاف ، ومؤشر المبالغة فى تقدير الحجم بالإضافة إلى العديد من المتغيرات الأخرى لتحديد العامل الأكثر أهمية فى التنبؤ بالانتكاس ، ووجدا أن مقياس التباين أو الاختلاف وتكرار تناول الطعام بعد تناوله كانا المنبئين الوحيدين المهمين لانتكاس المرضى وعدم رضاهم عن صورة الجسم بعد انتهاء العلاج .

وتوصل بروبست وآخرون Probst et al. (1998) إلى أن مستوى المبالغة فى تقدير الحجم لدى الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى ارتبط ارتباطاً عالياً بالتقدير المنخفض للذات ، وانخفاض قوة الأنا ، ومركز الضبط أو التحكم الخارجى ، والعصابية .

وقامت كارولين كارنى وياتس Carney & Yates (1998) بعمل تقسيم ثنائى للأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى فى ضوء درجة المبالغة فى تقدير حجم الجسم ، الأولى تضم الأفراد الذين يبالغون فى تقدير

الحجم ، والثانية تضم الأفراد الذين يخفضون التقدير بدرجة أقل من التقدير العادى ، ووجدا أن الأفراد الذين يبالغون فى التقدير كان لديهم مستويات عالية من القلق ، والاكتئاب ، وفقدان الثقة بالنفس ، واضطراب العلاقات الاجتماعية .

وتوصل فيل Veale (2000) إلى أن المبالغة فى تقدير الحجم ترتبط بالاضطراب الجسمى ، والتفكير غير السوى ، والقلق ، والاكتئاب ، والانطواء .

وهكذا يتضح أن الإفراط فى تقدير الحجم أو التقدير المبالغ فيه ليس محدداً فقط لفقدان الشهية العصبى ، والشره العصبى ولكن يرتبط بظواهر كلينيكية أخرى كالقلق والاكتئاب ، وانخفاض تقدير الذات ، والانطواء ، والتفكير غير السوى ، وانخفاض قوة الأنا ، كما أن الأشكال المختلفة لاضطراب صورة الجسم تميز ا لأفراد الذين لديهم اضطرابات تتعلق بتناول الطعام .

الفصل الثالث

3

دراسات تناولت علاج الاضطراب

مقدمة :

قبل منتصف الثمانينيات من القرن الماضى كان هناك عدد قليل جداً من الدراسات التى بحثت فى فاعلية العلاجات أو الطرق العلاجية النفسية لاضطراب صورة الجسم ، وكانت هذه الدراسات بها أوجه قصور منهجية على سبيل المثال غياب أو عدم وجود مجموعة ضابطة ، وكذلك عدم تحديد الأساليب الفنية للتدخل إلى جانب عدم التتبع أو إجراء القياس التتبعى ، وعلى الرغم من أن البحوث فى علاج اضطراب صورة الجسم قد ازدادت فى العقد الأخير من القرن الماضى إلا أن ما يثير الدهشة هو الانتشار الواسع لصورة الجسم السلبية لدى العينة السكانية العامة .

وفيما يلى نظرة شاملة لمجموعة من الدراسات التى اهتمت بعلاج اضطراب صورة الجسم لدى عينات سكانية كلينيكية ولاسيما التى لديها اضطرابات تتعلق بالأكل ، وبعد ذلك نقدم فحصاً تفصيلياً للدراسات الخاصة بالعلاجات السلوكية المعرفية لصورة الجسم لأشخاص لديهم اضطرابات كلينيكية أو دون كلينيكية لصورة الجسم .

وعلى الرغم من أن اضطراب صورة الجسم له دور مهم وأساسى فى نمو واستمرار وعودة المرض أو الانتكاس للأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبى ، والأفراد الذين يعانون من الشره العصبى إلا أنه حتى وقت قريب جداً كان هناك عدد قليل من الدراسات التى اهتمت بدراسة اضطراب صورة الجسم لدى هؤلاء الأفراد ، والكثير من الدراسات التى فحصت متغير صورة الجسم كان يعيبها الفشل فى شرح أو توضيح طرق علاج اضطراب صورة الجسم ، وفحص صورة الجسم قبل وبعد العلاج ، وبدلاً من ذلك تم عمل مقارنات بين علاجين أو طريقتين مختلفتين للعلاج .

والطرق المختلفة لعلاج اضطراب الشره العصبى (زيادة الشهية العصبى) أحدثت تغيراً فى صورة الجسم ، فقد استنتج بيرى وأبراموفيتز Berry & Abramowitz (1989) أن البرنامج النفسى التربوى Psychoeducational Program المستخدم فى علاج الشره العصبى أدى إلى خفض أو تقليل عدم الرضا عن صورة الجسم ، كما توصل فولشيك وآخرون .Wolchik et al (1986) إلى أن المرضى المشتركين فى برنامج علاجى تجريبى أظهروا رضا عن صورة الجسم فى نهاية العلاج ، ولكن لم يتم تحسنهم بدرجة أكبر من أفراد المجموعات الضابطة التى لم يتم علاجها .

وفى دراسة أخرى توصل دافيس وآخرون .Davis et al (1990) أن البرنامج النفسى التربوى أدى إلى حدوث تغير دال فى الاضطراب المتعلق بالأكل ، ولكنه لم يحدث تغير دال فى عدم الرضا عن صورة الجسم ، ونتيجة لذلك قام أولمستيد وآخرون .Olmsted et al (1991) بعلاج المرضى الذين لديهم شره عصبى باستحدام العلاج المعرفى السلوكى والعلاج النفسى التربوى المختصر Brief Psychoeducational Treatment إلى جانب جلسات لمعالجة الانشغال بصورة الجسم ، وعلى الرغم من أن العلاج الأول قد فاق العلاج الثانى فى تخفيض أوجه السلوك المتعلقة بالأكل بسر عة وشرا هة ثم التخلص منه بعد ذلك عن طريق التقيؤ الاصطناعى إلا أن النتائج أوضحت تحسناً دالاً فى صورة الجسم .

وتوصل عدد من الباحثين إلى أن العلاج المعرفى السلوكى يؤدى إلى حدوث تغيرات مشجعة فى صورة الجسم لدى الأفراد الذين يعانون من الشره العصبى .

فقام ولى وكيرنى – كوك Wooly & Kearney - Cooke (1986)

بدمج التكنيكات النفس تربوية والتكنيكات المعرفية السلوكية وتوصلا إلى نتائج دالة فى الرضا عن صورة الجسم لدى الأشخاص الذين لديهم شره عصبى ، كما أوضحت نتائجهم ا أيضاً انخفاض الانشغال بالمظهر الجسم ى وذلك فى القياس التتبعى بعد مرور عام واحد من المتابعة .

وتوصل فيربورن وآخرون .Fairburn et al (1991) إلى أن العلاج المعرفى السلوكى أحدث نتائج فعالة فى الاتجاهات الخاصة بالوزن والشكل وعلى الأخص فيما يتعلق بالسلوك ، وبعد ذلك قاموا بإجراء متابعة لمدة 12 شهراً لتمييز مؤشرات الانتكاس ، وتماشياً مع نتائج العديد من الدراسات السابقة وجدوا أن المرضى الذين يعانون من عدم الرضا عن صورة الجسم كانوا أكثر عرضة للانتكاس .

وجاءت نتائج ولف وكروثير Wolf & Crowther (1992) متفقة جزئياً مع نتائج فيربورن وآخرون .Fairburn et al (1991) ؛ حيث وجدا أن الرضا عن صورة الجسم ازداد بدرجة أكبر لدى الأفراد المشتركين فى العلاج المعرفى السلوكى أو العلاج السلوكى الجماعى عن أفراد المجموعة الضابطة التى على قائمة الانتظار ، وأن هذه الزيادة استمرت فى المتابعة القصيرة الأمد ، كما أن أفرد مجموعة العلاج المعرفى السلوكى فقط أظهروا انشغالاً زائداً عن الحد بشأن اتباع النظام الغذائى الصحى وذلك بدرجة أقل بعد الانتهاء من البرنامج العلاجى .

وقام جارنر وآخرون .Garner et al (1993) بمقارنة العلاج السيكودينامى والعلاج المعرفى السلوكى لمرضى الشره العصبى ، وأظهرت النتائج أن فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الانشغال الزائد عن الحد بالوزن والشكل بدرجة أكبر من العلاج السيكودينامى Dynamic

. Psychotherapy

وبصفة عامة فإن نتائج الدراسات الخاصة بالعلاج أوضحت أن صورة الجسم لدى الأفراد الذين يعانون من الشره العصبى ليس من الضرورى أن تتحسن عن طريق التدخل العلاجى المباشر لأنه من الناحية النمطية يكون ذلك لمدة عدد من الجلسات يتم التركيز فيما بعد على التكليفات العلاجية وعندما يتضمن البرنامج العلاجى ذلك فإن مقاييس نتيجة صورة الجسم تكون عادة محددة أو قاصرة على مقياس واحد لعدم الرضا عن الوزن أو الشكل ، كما أن هناك قليل من الشك فى أن العلاج المعرفى السلوكى يمكن أن يقلل بدرجة دالة الأعراض المرضية المصاحبة لا ضطراب الشره العصبى التى تتضمن الانشغال بالوزن أو الشكل ، كما أن الدلالة الكلينيكية للتحسن الملحوظ فى صورة الجسم نادراً ما يتم بحثها أو فحصها ، يضاف إلى ذلك أن الدراسات الخاصة بعلاج الأفراد الذين يعانون من الشره العصبى كان تركيزها الرئيسى على التغير السلوكى الحادث المتعلق بالأكل والذى يتمثل فى الامتناع عن الأكل بسرعة وشراهة والتخلص من الطعام بعد تناوله على أنه المعيار المحدد للتحسن ، ومثل هذا التغير السلوكى ليس بالضرورة أن يكون مؤشراً لتحسن صورة الجسم .

دراسات تناولت نتيجة العلاج النفسى لاضطراب صورة الجسم :

على الرغم من وجود العديد من الأساليب العلاجية التى تتناول اضطراب صورة الجسم إلا أن الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد لم تتضمن دراسات حالة ، وفيما يتعلق بالعلاج النفسى فقد أكدت نتائج العديد من الدراسات نجاح العلاج السلوكى فى علاج اضطراب صورة الجسم ؛ حيث كان أسلوب فقد أو سلب الحساسية المنظم Desensitization ، وأسلوب التعريض

ومنع الاستجابة أو ما يعرف بالتدريب التجنبى Exposure and Response Prevention كفنيات من فنيات العلاج المعرفى السلوكى فعالة فى هذا الصدد .

فقد توصل مونجاك Munjack (1978) ، وجيلز Giles (1988) إلى أن الأساليب أو الطرائق الفنية الخاصة بسلب الحساسية كانت ناجحة إلى حد كبير فى خفض أعراض اضطراب تشوه صورة الجسم .

كما توصل ماركس وميشان Marks & Mishan (1988) إلى حدوث تحسن فى المعتقدات غير التواؤمية والتجنب أو الإحجام الاجتماعى لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم عن طريق استخدام التعرض الحى Vivo Exposure والأساليب أو التكنيكات المعرفية .

وعلى العكس وجد براد دوك Braddock (1982) أن أساليب التدريب التوكيدى Assertiveness Training ، والتعزيز الفارق Differential Reinforcement كانت فعالة فى زيادة السلوك الاجتماعى ، ولم تكن مؤثرة فى تغيير المعتقدات غير التواؤمية لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم .

وتوصل سوليوم وآخرون Solyom et al. (1985) إلى أن إجراءات الغمر Flooding Procedure كانت ناجحة فى تخفيف النفور أو الكراهية من تشوه صورة الجسم .

كما توصل نيزروجلو وياريورا – توبياس Neziroglu & Yaryura - Tobias (1993) إلى أن أسلوب التعريض ومنع الاستجابة Exposure and Response Prevention يفيد إلى حد كبير فى علاج الأفراد الذين

يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم ، ولاحظا حدوث تحسن كلينيكى لدى 90 % من المرضى .

كما قام روزين وآخرون .Rosen et al (1995 أ) باستخدام العلاج المعرفى السلوكى على مجموعة كلية قوامها 54 مريضاً يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم بالإضافة إلى مجموعة أخرى ضابطة على قائمة الانتظار ، واشتمل البرنامج على ثمان جلسات علاجية مدة كل جلسة ساعتين لتعديل أفكار صورة الجسم المختلة ، وتعريض المرضى للعديد من ا لمواقف التجنبية التى يخشون التعرض لها ، ولتقليل السلوكيات الزائدة عن الحد لضبط المظهر أو فحص المظهر ثم إجراء أو تطبيق مقاييس مقننة لصورة الجسم تتضمن المقابلة التشخيصية التركيبية لاضطراب صورة الجسم فى القياسين القبلى والبعدى ، وكذلك فى القياس التتبعى الذى تم إجراؤه بعد مرور أربعة شهور ، وأظهرت النتائج تناقص الأعراض المرضية لاضطراب تشوه صورة الجسم ، وتحسين صورة الجسم التقييمية للمرضى الذين تم علاجهم مقابل مرضى المجموعة الضابطة ، وهذه التغيرات أدت إلى شعور المفحوصين بالسعادة النفسية العامة وتم الحفاظ على هذه المكاسب فى القياس التتبعى .

وفيما يتعلق بفاعلية العلاجات البديلة توصل عدد من الباحثين إلى عدم فاعلية العلاج السيكودينامى فى علاج اضطراب تشوه صورة الجسم ، كما أن العلاج بالعقاقير أو الأدوية أسفر فى الغالب عن نتائج غير ناجحة باستثناء عقار واحد هو الفلوكستين Fluoxetine أو كلوميبرامين Clomipramine مما يؤكد أن العلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم هو الأكثر نجاحاً لعلاج اضطراب تشوه صورة الجسم .

دراسات تناولت علاج صورة الجسم لدى الأشخاص السمان :

ينظر معظم الكلينيكيون إلى إتباع النظام الغذائى الصحى أو الرجيم على أنه السبيل الملائم لحدوث صورة أفضل للجسم لدى الأشخاص السمان ، على الرغم من أن برامج إدارة الوزن التى تركز على الأكل والتدريبات الرياضية تتجاهل صورة الجسم تقريباً ، ويعد العلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم علاجاً واعداً وفعالاً للأشخاص السمان الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم .

وأسفرت نتائج دراسة روزين وآخرين .Rosen et al (1995 ب) التى اهتمت بدراسة مدى فاعلية برنامج للعلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم لدى مجموعة من النساء السمينات غير الراضيات عن أجسامهن عن فاعلية هذا العلاج ، حيث شعر أفراد العينة بالرضا عن أوزانهن وظهر لديهن عدد أقل من الأعراض المرضية لتشوه صورة الجسم ، وزيادة فى كل من التوافق العام ، وتقدير الذات ، وتقليل حجم المبالغة فى تقدير أوزانهن علاوة على ذلك فإن هذه التقديرات قد حدثت بدون تغير دال فى الوزن إلى جانب أن تحسن صورة الجسم لدى أفراد العينة لم يكن مرتبطاً بحدوث تغيرات الوزن .

وربما يظهر من أول وهلة أن البحث فى صورة الجسم لدى الأفراد السمان سيثبت عدم جدواه أو لا يوجد طائل من ورائه ، فربما يفترض الكثيرون أن الأفراد السمان غير راضين عن حجم جسمهم وعن مظهرهم ، ومن وجهة النظر المتعلقة بتقدير الحجم هل من الممكن أن يبالغوا فى تقدير حجمهم الزائد فعلاً ؟ ، وتعتبر هذه المسالة من المسائل المهمة فعلى سبيل المثال إذا فقد الخاضعون للدراسة الوزن فهل يتغير اضطراب صورة الجسم لديهم ؟ أو هل يتغير رضاهم عن الجسم أو دقتهم فى تقدير الحجم ؟ وأخيراً فمن المنظور النمائى هل لعمر حدوث بداية السمنة أى علاقة بتقدير الحجم ؟ ، ولقد

أدت هذه الأسئلة إلى جعل الباحثين يقومون بالعديد من البحوث عن صورة الجسم لدى الأفراد السمان ، وبصفة عامة يؤيد البحث بدرجة قوية الملاحظة العامة بأن الأفراد الزائدين عن الوزن العادى يكونوا غير سعداء بشأن مظهرهم .

وفيما يتعلق بأثر فقدان الوزن على إدراك حجم الجسم كانت النتائج متضاربة فلقد قام جلكسومان وهيرسك Glucksman & Hirsch (1969) بتقييم ستة من الأفراد السمان وأربعة من الأفراد غير السمان الذين كانوا يعالجون فى المستشفى لتخسيس الوزن وكان يتم الحصول على تقديرات الحجم مرة واحدة كل أسبوع وذلك لمدة ثمانية أشهر ، وخلال هذه الفترة فقدوا 87 رطلاً فى المتوسط ، وتم اختبار المجموعات الضابطة من غير السمان مرة واحدة كل أسبوع ، وفى نهاية العلاج أوضحت النتائج ازدياد مستوى المبالغة فى التقدير بالنسبة للأفراد السمان ، ولكن لم توجد تغييرات أو فروق فى التقديرات بالنسبة للأفراد غير السمان .

ولاحظ ستنكارد وبيرت Stunkard & Burt (1967) أن زمن حدوث السمنة كان عاملاً فى عدم الرضا عن صورة الجسم لدى البالغين ؛ حيث قاما بدراسة عينة من الراشدين السمان الذين كانوا يعانون من السمنة فى مرحلة الطفولة والمراهقة (ن = 23) إلى جانب عينة أخرى من الأفراد الذين حدثت لهم السمنة فى مرحلة البلوغ (ن = 40) ، وأظهرت النتائج أن أربعة من الأفراد الذين حدثت لهم السمنة وهم أطفال لديهم اضطراب حاد لصورة الجسم ، بينما لم يذكر أى فرد من الأفراد الذين حدثت لهم السمنة فى مرحلة البلوغ أى اضطراب حاد ، وفى الحقيقة لم يذكر 30 منهم أى تجربة لعدم الارتياح أو الاضطراب المتعلق بالمظهر .

وقام جرينكر Grinker (1973) بتقييم تأثير الانخفاض فى الوزن أو فقدان الوزن على إدراك حجم الجسم لدى الأفراد الذين يعانون من السمنة منذ الطفولة ، وكذلك الأفراد الذين حدثت لهم السمنة وهم كبار ، وأظهرت النتائج أن الأفراد الذين حدثت لهم السمنة وهم كبار قاموا بتقدير أقل من اللازم لأحجام أجسامهم ، بينما المجموعة التى كانت تعانى من السمنة منذ الطفولة بالغوا فى تقدير حجم الجسم ، كما أوضحت النتائج أيضاً أن الأفراد الذين حدثت لهم السمنة وهم كبار كانوا أكثر دقة فى تقدير الحجم عندما سمح لهم أن يلاحظوا أنفسهم فى المرآة بينما حدث العكس تماماً لدى الأفراد الذين كانوا يعانون من السمنة منذ الطفولة .

وقام فيشر Fisher (1986) بتحليل أكثر دقة لتأثيرات فقد الوزن على تقدير حجم الجسم ؛ حيث استخدم عينة أكبر وقام بتحسين الطرق المستخدمة فى البحث ؛ حيث قسم العينة إلى مجموعتين الأولى تمثل الأفراد الذين حدثت لهم السمنة فى سن مبكرة ، والثانية تمثل الأفراد الذين حدثت لهم ال سمنة وهم بالغون ، وتمت مقارنة هاتين المجموعتين بمجموعة ضابطة ذات وزن عادى وتم اختبار جميع المجموعات فى مرحلة ما قبل العلاج ومرحلة ما بعد العلاج ، وأظهرت النتائج أن الأفراد السمان فقدوا 23 % من وزنهم ، وأنهم أصبحوا أكثر دقة فى تقدير حجم الجسم بدرجة دالة مما يدل على أن زمن حدوث أو بداية السمنة كان له تأثير ضئيل وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما سبق أن توصل إليه سبيكر وآخرون Speaker et al. (1983) من أن الخاضعين للدراسة من المراهقين الذكور انخفض تقديرهم للحجم إلى حد كبير فى أعقاب فقد الوزن .

ويوجد عدد قليل من الدراسات التى قارنت بطريقة مباشرة بين دقة إدراك

الحجم لدى الأفراد السمان ، وبين عينات سكانية أخرى فعلى سبيل المثال قام جارنر وآخرون Garner et al. (1976) بمقارنة الأفراد الذين حدثت السمنة لهم وهم صغار ، والأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية للطعام Anorexics وبين الأفراد العاديين (غير السمان) والمجموعات الضابطة التى لا يوجد لديها اضطرابات طبية نفسية ، وباستخدام مقياس لتقدير حجم الجسم أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين الأفراد السمان والأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية للطعام ، ولكن الأفراد السمان بالغوا بالفعل فى التقدير بدرجة أكبر من المجموعات الثلاث الأخرى التى كانت التقديرات فيها متساوية إلى حد كبير عندما تم استخدام طريقة التقدير لجزء واحد من الجسم .

ووجد تومسون وآخرون Thompson et al. (1986) أن الخاضعين للدراسة السمان الذين لديهم شره عصبى للطعام والذين لا يوجد لديهم شره عصبى للطعام بالغوا فى تقدير حجم الجسم بنفس الدرجة كما فعل الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية للطعام من ذوى الوزن العادى والذين لا يوجد لديهم تاريخ يدل على فقدان الشهية للطعام .

وقام فيشر Fisher (1986) بمراجعة مجموعة الدراسات فى هذا المجال وتوصل إلى أن الأسلوب المتبع فى تقدير الحجم الذى يستخدمه الباحثون له تأثير على مستوى المبالغة فى التقدير لدى الخاضعين للدراسة ؛ حيث وجد أن الدراسات التى استخدمت طريقة تقدير أجزاء معينة من الجسم فشلت فى أن تجد فرقاً بين السمان والعاديين فى مستوى المغالاة فى التقدير ، وأن الدراسات التى استخدمت طريقة الضبط الكامل للجسم أوضحت أن الأفراد السمان يبالغون فى التقدير بدرجة أكبر من المجموعات الضابطة كما استنتج أيضاً أن التمييز بين وقت حدوث السمنة وهم صغاراً ، ووقت الحدوث وهم

بالغين أحدث فرقاً ضئيلاً فى المبالغة فى تقدير الحجم لدى الغالبية العظمى من الدراسات .

وهناك دراستان لم تتضمنهما مراجعة فيشر Fisher (1986) عن تقدير حجم الجسم لدى الأفراد السمان ، الدراسة الأولى هى دراسة كولينز وآخرون Collins et al. (1983) حيث قاموا بأخذ مقاسات لتقدير حجم الجسم قبل وبعد العلاج باستخدام طريقة ضبط صورة الجسم كاملة وذلك لدى عينة تتألف من 68 امرأة يعالجن من السمنة ، ووجدوا أن المتسربين أو المنسحبين من البرنامج العلاجى قمن بتقدير زائد جداً وبدرجة أكبر بالمقارنة بالإناث اللاتى أكملن العلاج (27 % فى مقابل 19 %) ، وعلاوة على ذلك عندما تم تقسيم الخاضعات للدراسة إلى مجموعتين استناداً إلى متوسط الوزن ، وجدوا أن المجموعة ذات الأوزان الثقيلة بالغت فى التقدير أكثر مما وجد لدى الخاضعات للدراسة ذات السمنة المعتدلة (24 % مقابل 19 %) كما وجدوا أن الخاضعات للدراسة اللاتى أكملن العلاج خفضن فرط التقدير من 19 % إلى 8.8 % ، ويؤخذ على هذه الدراسة أنها لم تقسم الخاضع ات للدراسة إلى مجموعات فرعية بالنسبة لبدء حدوث السمنة فى المرحلة المبكرة مقابل المرحلة المتأخرة ولم يتم اختيار مجموعة ضابطة للمقارنة فى ضوئها ، والدراسة الثانية هى دراسة جاردنر وآخرون Gardner et al. (1988) حيث قاموا بتقدير الحجم باستخدام طريقة ضبط الجسم بأكمله وذلك لدى مجموعة قوامها 13 مفحوصة من اللاتى فقدن الوزن بالفعل وتمت مقارنة هذه التقديرات بتقديرات الأفراد ذوى الوزن العادى فى المجموعة الضابطة ، وأوضحت النتائج أن المفحوصات السمينات بالغن فى التقدير مقارنة با لمفحوصات العاديات ، ويؤخذ على هذه الدراسة أنها لم توفر بيانات عن فقدان للوزن فى مراحل عمرية

سابقة كما أنه لم يتم تقسيم الخاضعات للدراسة فى ضوء حدوث بداية السمنة .

ولبحث المعالم المرتبطة باضطراب صورة الجسم لدى الأفراد السمان قام ميندلسون وهوايت Mendelson & White (1982) بفحص العلاقة بين الرضا عن صورة الجسم وتقدير الذات لدى عينة من الأطفال ذوى الوزن العادى والسمان يبلغ قوامها 72 طفلاً (51 صبياً و 21 فتاة) وتوصلا إلى ارتباطات عالية جداً بين عدم الرضا عن صورة الجسم وانخفاض تقدير الذات ، ولم تظهر النتائج وجود فروق بين العاديين والسمان فيما يتعلق باضطرابات صورة الجسم و تقدير الذات وهذه النتائج يجب توخى الحرص والحذر عند تعميمها .

وينبغى على البحوث المستقبلية فى هذا الميدان أن تحدد بوضوح زمن بداية حدوث السمنة لدى الخاضعين للدراسة كعامل لتقدير تغير الوزن على مؤشرات صورة الجسم ، كما ينبغى أن تتضمن هذه البحوث مقاييس كلينيكية أكثر دقة .

دراسات تناولت علاج صورة الجسم لدى الأشخاص ذوى الوزن العادى :

نظراً لانتشار عدم الرضا عن صورة الجسم بين النساء عامة تم إجراء معظم الدراسات الخاصة بعلاج اضطراب صورة الجسم على عينات سكانية غير كلينيكية (عادية أو سوية) لديها عدم رضا عن صورة الجسم ، ولم يعانين من السمنة ومن ذوى الوزن العادى ، ولم تنطبق عليه ا أى من المعايير الخاصة بالاضطرابات المتعلقة بالأكل ، ومن هذه الدراسات مايلى :

قام دوركين وكير ر Dworkin & Kerr (1987) بمقارنة فاعلية العلاج المعرفى ، والعلاج المعرفى السلوكى ، والعلاج التأملى Reflective Therapy فى تحسين صورة الجسم ومفهوم الذات لدى طالبات الجامعة ،

واستخدم الباحثان فى ذلك مجموعة قوامها 79 طالبة من بين طالبات السنة الأولى ممن يعانين من اضطراب صورة الجسم وفقاً لاستجابتهن على استبيان الأفكار الذاتية لصورة الجسم Body - Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ) ، وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين إحداهما تجريبية قسمت إلى مجموعات صغيرة وتلقت برنامجاً للعلاج المعرفى يركز على إعادة البناء المعرفى للأفكار الذاتية ، والتدريب على حل المشكلات ، والواجبات المنزلية ، وتصحيح الأفكار السلبية التى تتعلق بالمظهر الجسمى ، وتقوية الفاعلية الشخصية وزيادة تقدير الذات إلى جانب تدريبات خاصة بمنع حدوث انتكاسة ، وفى العلاج التأملى تم استخدام التعبير اللفظى الذى يليه شرح للعبارات وتأمل ذلك فى اكتشاف مشاعر المفحوصات لصورة الجسم أثناء مراحل معينة فى حياتهن إلى جانب التدريبات المنزلية الخاصة ، أما المجموعة الثانية فكانت ضابطة ولم تتلق أى علاج ، وتم إجراء مقاييس الشحنة الجسمية والشحنة الذاتية Body Cathexis and Self Cathexis Scales فى كل من القياسين القبلى والبعدى ، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية فى المقاييس المتعلقة باضطراب صورة الجسم ومفهوم الذات لصالح القياس البعدى إلى جانب وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى لمقاييس صورة الجسم ومفهوم الذات لصالح المجموعة التجريبية ، وتشير هذه النتائج إلى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تحسين صورة الجسم وزيادة مفهوم الذات ، وعند إجراء مقارنة بين العلاجات الثلاثة اتضح أن العلاج المعرفى السلوكى ، والعلاج المعرفى تأثيرهما واحداً فى زيادة الرضا عن صورة الجسم وفى تحسين مفهوم الذات كما أنهما تفوقا على العلاج التأملى فى هذا الصدد .

وقام بوترز وكاش Butters & Cash (1987) بدراسة مدى فاعلية برنامج مكثف للعلاج المعرفى السلوكى فى تعديل صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة ، واستخدما فى ذلك مجموعة كلية قوامها 23 طالبة بمتوسط عمرى قدره 19 عاماً وكان جميع أفراد العينة من ذوى الوزن العادى ، ويعانين من عدم الرضا عن المظهر الجسمى ؛ حيث سجلن درجات أقل من 25 % على المقياس الفـوعى لتقييم المظهـر من استخبار العلاقات الذاتية – الجسمية المتعدد الأبعاد Multidimensional Body - Self Relations Questionnaire ، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة إلى مجموعتين إحداهما تجريبية تلقت برنامجاً علاجياً استمر لمدة ستة أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً مدة كل منها ساعة ونصف ، واعتمد البرنامج العلاجى على التدريب على الاسترخاء ، والطرائق الفنية بسلب الحساسية ، وكذلك أسلوب التعريض ومنع الاستجابة ، وإعادة البناء المعرفى للأفكار الذاتية المتعلقة بصورة الجسم السلبية وزيادة أنشطة صورة الجسم الإيجابية والتدريب على منع الانتكاس ، والتحصين ضد الضغوط ، أما المجموعة الثانية فكانت ضابطة لم تتلق أى علاج ، وتم إجراء مقاييس صورة الجسم التى تضمنت التقييمات ذاتية المظهر ، وعدم الرضا عن الجسم ، والمعتقدات المختلة لصورة الجسم ، والفتور أو اليأس أثناء التعرض للمرآة ، وكذلك مقاييس التقدير الاجتماعى للذات ، والتقييم الذاتى للياقة البدنية والجنسية ، وقائمة مراجعة الأعراض المعدلة The Symptom Checklist-90 -Revised (SCL - 90 - R) وذلك فى كل من القياسين القبلى والبعدى ، وأظهرت النتائج وجود تحسينات دالة لصورة الجسم من مرحلة ما قبل العلاج إلى مرحلة ما بعد العلاج بالنسبة لأفراد المجموعة التجريبية وهذه التغييرات استمر تأثيرها فى مرحلة المتابعة ، وتمثلت هذه التحسينات فى الرضا عن صورة الجسم ، والشعور بضيق أقل عند النظر فى المرآة ،

والتخلص من عدد كبير من المعتقدات المختلة لصورة الجسم ، وكانت التقييمات الذاتية للياقة البدنية والجنسية والتقدير الاجتماعى للذات والأداء الوظيفى العام أفضل بطريقة دالة بالنسبة لأفراد المجموعة التجريبية .

وقام روزين وآخرون Rosen et al. (1989) بدراسة مقارنة لفاعلية كل من العلاج المعرفى السلوكى والعلاج المصغر Minimal Treatment فى علاج اضطراب صورة الجسم ، واستخدموا فى ذلك مجموعة كلية قوامها 23 طالبة من بين طالبات الجامعة بمتوسط عمرى قدره 19 عاماً ، وكان جميع أفراد العينة من ذوى الوزن العادى ، ولا يعانين من أى اضطرابات تتعلق بالأكل ، وغير راضيات عن شكل أجسامهن وفقاً لدرجاتهن على استبيان شكل الجسم ، وتم تقسيم أفراد العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين إحداهما خضعت للعلاج المعرفى السلوكى ، والأخرى للعلاج المصغر ، وتم إجراء الجلسات فى كل مجموعة بعد تقسيم أفرادها إلى مجموعات صغيرة تتكون من ثلاث إلى أربع مفحوصات ، وتضمن العلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم التدريب على إعادة البناء المعرفى للأفكار الذاتية المتعلقة بصورة الجسم السلبية ، وكذلك السلوكيات غير التواؤمية لصورة الجسم وحجمه ، وتدريبات تقدير الوزن لتقييم أو تصحيح التشوهات الإدراكية وذلك إلى جانب تدريبات الواجب المنزلى ، وكان العلاج المصغر مشابهاً فى الصيغة للعلاج السلوكى المعرفى فيما عدا أنه لم يتضمن تدريبات لتصحيح السلوكيات غير التواؤمية والتشوهات الإدراكية ، ولتقدير التشوه الإدراكى قام الخاضعون للدراسة بإجراء قياسات عرضية لمناطق الجسم التى تسبب الضيق ومقارنتها بالمقاييس الحقيقية ، وتم استخدام استبيان شكل الجسم والمقياس الفرعى لعدم الرضا عن الجسم من قائمة اضطرابات الأكل فى تقييم الجانب المعرفى لصورة الجسم ،

بينما استخدم استبيان تجنب صورة الجسم لقياس التجنب السلوكى المتعلق بعدم الرضا عن صورة الجسم ، واستمر البرنامج العلاجى لكل مجموعة لمدة ستة أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً مدة كل منها ساعة واحدة ، وأظهرت النتائج أن مجموعة العلاج المعرفى السلوكى كانت تقديراتهن أكثر دقة بدرجة دالة وكانت فى إطار المدى أو الدرجات العادية وتم استمرارها بعد الانتهاء من البرنامج العلاجى ، أى أن الفتيات اللاتى تلقين العلاج المعرفى السلوكى انتقلن من المجال الكلينيكى إلى المجال العادى ، واستمر هذا التغير فى مرحلة المتابعة ، وعلى النقيض من ذلك فإن مجموعة العلاج المصغر لم تظهر أية تغييرات دالة فى تشوهاتهن الإدراكية بعد الانتهاء من البرنامج العلاجى ، وتعنى هذه النتائج أن العلاج المعرفى السلوكى كان مؤثراً وفعالاً فى إحداث تغييرات إيجابية فى الجوانب الإدراكية والسلوكية لصورة الجسم بدرجة أكبر من العلاج المصغر .

وقارن روزين وآخرون Rosen et al. (1990) بين نسختين من العلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم وذلك لتحديد ما إذا كان تصحيح التشوه الإدراكى لازماً أو ضرورياً لإحداث تغير فى صورة الجسم ، واستخدموا فى ذلك مجموعة قوامها 26 طالبة من بين طالبات الجامعة غير الراضيات عن صورة أجسامهن ، وكان جميع أفراد العينة من ذوات الوزن العادى ولا يوجد لديهن أى اضطرابات تتعلق بالأكل وقت إجراء الدراسة ، وتم تقسيم الخاضعات للدراسة إلى مجموعتين رئيسيتين وتم تعريض كل مجموعة إلى جلسات العلاج التى استمرت على مدار ستة أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً مدة كل منها ساعتان ، وكانت الجلسات العلاجية تركز على تقييم الجوانب الادراكية والمعرفية والتقيمية والسلوكية لصورة الجسم السلبية . ونسختا العلاج المعرفى السلوكى اختلفا فقط فى أن إحداهما لم تتضمن التدريبات التى تساعد على تسهيل التقييمات الواقعية

للمرضى لإدراك حجم ووزن الجسم ، وفى مرحلة ما قبل العلاج ومرحلة ما بعد العلاج وفى مرحلة المتابعة استخدم است خبار العلاقات الذاتية – الجسمية المتعدد الأبعاد Multidimensional Body - Self Relations Questionnaire ومقياس روزنبرج لتقدير الذات ، ولم تكشف النتائج عن وجود فروق أو اختلافات بين مجموعتى العلاج فى القياسين البعدى والتتبعى ، فكلتا المجموعتان سجلتا تحسينات دالة على المقاييس الفرعية لاستبيان العلاقات الذاتية – الجسمية المتعدد الأبعاد ، وكذلك على مقياس تقدير الذات ، وهذه النتائج تؤكد فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تحسين صورة الجسم ، واستنتج الباحثون من نتائجهم أن التحسن الدال فى صورة الجسم لأفراد المجموعتين ربما يرجع إلى التغييرات المعرفية والتقيمية ، وذلك لأن دمج أو استبعاد التدريبات الصريحة أو الواضحة التى تساعد على تسهيل التقييمات الواقعية لإدراك حجم ووزن الجسم لدى المفحوصات لم تحدث نتائج متباينة .

وقام فيشر وتومسون Fisher & Thompson (1994) بدراسة مقارنة لمدى فاعلية كل من العلاج المعرفى السلوكى ، والعلاج باستخدام التمرينات الرياضية (الأيروبك) فى علاج المستويات المرتفعة من اضطراب صورة الجسم ، واستخدما فى ذلك مجموعة كلية قوامها 54 طالبة جامعية ممن يعانون من عدم الرضا عن صورة الجسم ؛ وكان المحك الرئيسى لاختيار أفراد هذه العينة حصول المفحوصة على درجة تقدر بـ 1.5 انحراف معيارى أقل من المتوسط المعيارى على المقياس الفرعى لتقييم المظهر من است خبار العلاقات الذاتية – الجسمية المتعدد الأبعاد ، وعدم وجود اضطرابات نفسية حادة أو شديدة ، وتمت مجانسة أفراد العينة من حيث كتلة الجسم ؛ حيث كان وزن جميع أفراد العينة يزيد بحوالى 12.5% عن المعيار الطبيعى ولا توجد لديهن

أى اضطرابات تتعلق بالأكل وقت إجراء الدراسة أو فى الماضى ، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة الكلية إلى مجموعتين تجريبيتين ضمت كل واحدة منهما 27 طالبة ، تلقت إحداهما برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى ، والأخرى برنامجاً رياضياً يعتمد على تمارين الأيروبك التى تركز على الوزن المتعلق بأجزاء الجسم وأنشطة رفع الأثقال ، بالإضافة إلى تكليف المشتركات بالتدريب على نظام غذائى كجزء من الواجب المنزلى مرتين أسبوعياً ، واستمر البرنامج العلاجى لمدة ستة أسابيع لكل نوع من العلاج بواقع جلستين أسبوعياً ، وبعد ذلك تمت مقارنة كل من هاتين المجموعتين مع مجموعة ضابطة مماثلة ، وكشفت النتائج أن النوعين من العلاج أحدثا تحسناً دالاً ومتساوياً من مرحلة ما قبل العلاج إلى مرحلة ما بعد العلاج قياساً بالمجموعتين الضابطتين فى كل من شكل الجسم المتمثل فى الحجم والوزن ، والقلق المرتبط بصورة الجسم كحالة وكسمة ، وعدم الرضا عن صورة الجسم .

ويرى المؤلف أنه على الرغم من أن تدريبات اللياقة البدنية ربما تكون واعدة أو مبشرة بالنسبة لتحسين صورة الجسم إلا أنها تعد مصدر خطر يتمثل فى الاعتقاد بأن تقبل الجسم أو تحسن صورة الجسم يتطلب حدوث تغيير للجسم يتمثل فى فقدان الوزن أو تحديد أفضل للعضلات ، وبالتالى يعتقد المرضى أن أى برامج علاجية لا تكون ذات أهمية من الناحية الكلينيكيۃ .

وقام جرانت وكاش Grant & Cash (1995) بدراسة مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب صورة الجسم ، واستخدما فى ذلك مجموعة كلية قوامها 23 طالبة من بين طالبات الجامعة ممن يعانين من اضطراب صورة الجسم ، تم اختيارهن وفقاً لم حك الدرجة المنخفضة على المقياس الفرعى لتقييم المظهر من استبيان العلاقات الذاتية – الجسمية المتعدد

الأبعاد ، والحصول على درجة أقل من 24 على قائمة بيك للاكتئاب ، وعدم وجود أية اضطرابات كلينيكية فى الماضى وفى الحاضر ، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة الكلينيكية إلى مجموعتين فرعيتين خضعت إحداهما للعلاج المعرفى السلوكى الجماعى (ن = 12) فى حين خضعت الأخرى للعلاج المعرفى السلوكى الفردى (ن = 11) الذى يعتمد على التوجه الذاتى القائم على قدر أقل من الاتصال بالمعالج ، وطبق على أفراد المجموعتين فى كل من مرحلة ما قبل العلاج ، ومرحلة ما بعد العلاج ، ومرحلة المتابعة التى استمرت شهرين الأدوات التالية : قائمة مواقف الفتور أو اليأس من صورة الجسم Situational Inventory of Body - Image Dysphoria (SIBID) ، ومقياس تقدير الذات ، ومقياس القلق الاجتماعى ، ومقياس الشعور أو الوعى الذاتى ، وقائمة بيك للاكتئاب ، وتضمن البرنامج العلاجى 11 جلسة علاجية على مدى أربعة شهور مدة كل منها ساعة ونصف ، وتضمنت الجلسات الطرق أو الإجراءات التالية على التوالى :

١ – التقدير الذاتى للتأثيرات التاريخية والسياقية Contextual على نمو صورة الجسم .
٢ – المراقبة الذاتية Self - monitoring (حفظ مذكرة يومية) لتجارب صورة الجسم ، والنوادر ، والمعارف ، والنتائج .
٣ – التدريب على الاسترخاء ذى الطرق المتعددة .
٤ – سلب الحساسية المنظم لصورة الجسم (تخيلى وبعد ذلك بالتعرض الحقيقى للمرآة) .
٥ – مراقبة أخطاء صورة الجسم المعرفية .
٦ – إعادة البناء المعرفى لبحث الأخطاء المعرفية ولتغيير الحوارات الداخلية غير الوظيفية .

٧ – النقد الذاتى لسلوكيات صورة الجسم الهازمة للذات .

٨ – التعريض ومنع الاستجابة Exposure and Response Prevention وذلك لتقليل النماذج التجنبية القهرية ولزيادة السلوكيات الإيجابية لصورة الجسم .

٩ – مراجعة وتكامل المهارات المعرفية – السلوكية وتأكيد حل المشكلات فى المواقف الصعبة .

10– تطوير استراتيجيات منع الانتكاس .

وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعتين على مقاييس اضطراب صورة الجسم ، وتقدير الذات ، والقلق الاجتماعى ، والشعور أو الوعى الذاتى ، والاكتئاب فى القياس القبلى ، ومتوسطات درجاتهن على نفس المقاييس فى القياس البعدى ، وذلك لصالح القياس البعدى ، ولم تظهر النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين على المقاييس موضع الاهتمام فى القياس البعدى مما يشير إلى تساوى فاعلية كل من العلاج المعرفى السلوكى الفردى والجماعى فى علاج اضطراب صورة الجسم ، كذلك أوضحت النتائج استمرار فاعلية كلا العلاجين فى القياس التتبعى .

وقام روزين وآخرون .Rosen et al (1995أ) بدراسة فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تعديل اضطراب صورة الجسم ، واستخدم الباحثون فى ذلك مجموعة كلية قوامها 54 سيدة ممن يعانين من اضطراب صورة الجسم تم اختيارهن بطريقة عشوائية وكانت الأعمار الزمنية لأفراد العينة تتراوح بين 20 – 61 عاماً بمتوسط عمرى قدره 36.5 عاماً ، وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين إحداهما ضابطة لم تتلق أى علاج ، والأخرى تجريبية تلقت برنامجاً

للعلاج المعرفى السلوكى تضمن ثمان جلسات بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مدة كل منها ساعتان ، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة التجريبية إلى مجموعات صغيرة تضم كل منها من أربع إلى خمس سيدات ، واعتمد البرنامج العلاجى على فنيات المناقشة ، وتعديل الأفكار المرتبطة بعدم الرضا عن صورة الجسم ، والتخلص من الفحص الدائم للجسم كالوزن المستمر ، وقياس محيط الجسم ، والنظر الدائم فى المرآة لملاحظة الجسم ، وقد أظهرت النتائج حدوث نقص دال فى أعراض تشوه صورة الجسم لدى أفراد المجموعة التجريبية ؛ حيث اختفى الاضطراب تماماً لدى 82 % من الحالات بعد الانتهاء من البرنامج العلاجى ، ولدى 77 % من الحالات فى الدراسة التتبعية ، كما أوضحت النتائج أيضاً حدوث تحسن فى الأعراض النفسية بصفة عامة .

وقام روزين وآخرون Rosen et al. (1995ب) بدراسة مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تحسين صورة الجسم لدى الإناث البدينات واستخدموا فى ذلك مجموعة كلية قوامها 51 أنثى ممن تتراوح أعمارهن الزمنية بين 23 – 61 عاماً تم تقسيمهن عشوائياً إلى مجموعتين إحداهما ضابطة لم تتلق أى علاج ، والأخرى تجريبية تلقت برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى استمر لمدة ثمانية أسابيع بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مدة كل منها ساعتان ، وتضمن البرنامج معلومات تتعلق بتصحيح وتعديل الأفكار المشوهة المتعلقة بعدم الرضا عن المظهر الجسمى وما يرتبط بذلك من معتقدات مختلة وظيفياً ، وخفض معدل الفحص المتكرر أمام المرآة ، والتعرض للمواقف التى تحاول المريضة أن تتجنبها ، وأوضحت النتائج حدوث تحسن دال فى صورة الجسم لدى أفراد المجموعة التجريبية ؛ حيث شعرن بالرضا عن المظهر الجسمى ، وزيادة تقدير الذات والتوافق العام وتقليل حجم المبالغة فى أوزانهن الناتج عن

الرضا عن أوزانهن ، علاوة على ذلك فإن هذه التغيرات حدثت بدون تغير فى الوزن مما يعنى أن صورة الجسم لدى هؤلاء المفحوصات لم تكن مرتبطة بالتغير فى وزن الجسم .

وقام شميدت وهارنجتون Schmidt & Harrington (1995) بدراسة مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لاضطراب تشوه صورة الجسم لدى مريض يبلغ من العمر 24 عاماً ، ويعانى من الضيق الناتج عن الانشغال الزائد عن الحد والقلق بخصوص حجم اليد ، وأجرا الباحثان على هذا المريض عدة أدوات تضمنت قائمة بيك للاكتئاب (Beck Depression Inventory BDI) ، ومقياس يل برون لقياس الوسواس القهرى Yale -Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) إلى جانب استمارة تختص بتقدير مستوى الضيق أو الكرب الذى يسببه الانشغال بحجم اليد ، واشتمل البرنامج العلاجى على تسع جلسات علاجية بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مدة كل منها ساعة ، وبعد الانتهاء من الجلسات العلاجية أقر المريض بحدوث تغير أساسى فى المؤشرات التى تقيس المراحل الوجدانية والمعرفية والسلوكية لاضطراب تشوه الجسم ، كذلك أشارت النتائج إلى حدوث تحسن مثمر من الناحية الكلينيكية فى مستوى القلق والاكتئاب واضطراب الوسواس القهرى ، وهذه النتائج تشير فى جملتها إلى أن الانشغال الزائد عن الحد بخصوص اضطراب تشوه الجسم سمة أساسية لكل من اضطرابات القلق ، والاكتئاب ، والوسواس القهرى .

وقام فيلى وآخرون Veale et al . (1996 أ) بدراسة تهدف إلى التأكد من فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب صورة الجسم لدى عينة من المرضى الخارجيين من الجنسين ، واستخدموا فى ذلك مجموعة

قوامها 19 مريضاً من الجنسين فى العقد الثالث من العمر ، وكان أفراد هذه المجموعة يمثلون المجموعة التجريبية التى خضعت لبرنامج علاجى معرفى سلوكى استمر لمدة أثنى عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً بينما كان أفراد المجموعة الضابطة يمثلون أولئك المرضى الذين اعتبروا على قائمة الانتظار ، وأجرى الباحثون على أفراد المجموعتين فى القياسين القبلى والبعدى عدة أدوات تضمنت مقياس اضطراب صورة الجسم ، وقائمة بيك للاكتئاب ، وأظهرت نتائج القياس البعدى حدوث تحسن دال فى مدى الرضا عن صورة الجسم ، وحدوث نقص دال فى أعراض الاكتئاب ، وفى القياس التتبعى أوضحت النتائج استمرار حدوث التحسن الدال فى صورة الجسم ، واختفاء الأعراض الاكتئابية ، وتؤكد هذه النتائج فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب صورة الجسم .

وقام فيل وآخرون .Veale et al (1996 ب) بدراسة مسحية لخمسين مريضاً ومريضة انطبقت عليهم محكات الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية المتعلقة باضطراب صورة الجسم ، وذلك بهدف التعرف على افتراضات ومعتقدات الأشخاص الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم والتى تعد من استراتيجيات العلاج المعرفى السلوكى ، وتم اختيار أفراد هذه العينة من عيادات الطب النفسى والأمراض الجلدية وعيادات جراحة التجميل ، وكان متوسط عمر بداية حدوث الاضطراب هو 18 عاماً وكان ثلاثة أرباع العينة من الإناث والباقى من الذكور . وأجرى الباحثون على أفراد هذه العينة عدة أدوات تضمنت المقابلة الكلينيكية شبه التركيبية لتشخيص اضطراب تشوه صورة الجسم ، ومقياس اضطراب تشوه صورة الجسم Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) ، ومقياس يل برون

للوسواس القهرى (Yale -Brown Obsessive Compulsive Scale YBOCS) وذلك لقياس الوسواس القهرى المرتبط باضطراب صورة الجسم ، ومقياس مونتجمرى وأسبرج لتقدير الاكتئاب Montogomery & Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ، وقائمة الخواف الاجتماعى والقلق Social Phobia & Anxiety Inventory ، واستبيان المعتقدات بشأن العيب أو التشوه المدرك ، وأظهرت النتائج ارتباط تشوه صورة الجسم بكل من الوسواس القهرى والاكتئاب والقلق والخواف الاجتماعى ، وذكر 68 % من الخاضعين للدراسة وجود عيوب متعددة تتعلق بالأنف والشعر والجلد ، والأسنان ، والوجه القبيح بصفة عامة ، والأرداف ، والأرجل ، والصدر ، والذقن ، والفم ، والفك معاً ، وتوصى هذه الدراسة بأنه يجب على الكلينيكيين سؤال المرضى الذين يعانون من اضطراب تشوه صورة الجسم من وقت إلى آخر أو بطريقة روتينية عما إذا كانوا يعانون من أعراض مرضية خاصة بالاكتئاب أو الخواف الاجتماعى أو الوسواس القهرى .

وقام نزروجلو وآخرون Neziroglu et al. (1996) بدراسة تأثير العلاج المعرفى السلوكى على الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم ، واستخدموا فى ذلك مجموعة كلية قوامها 17 مفحوصاً ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين 15 – 45 عاماً ويعانون من اضطراب صورة الجسم المتمثل فى الانشغال الزائد عن الحد بحجم الأنف ولون البشرة ، ونتيجة لذلك كانوا يقومون من وقت إلى آخر أو بطريقة متكررة بفحص هذه الأجزاء فى المرآة كما كانوا يتجنبون أى تفاعل أو مشاركة اجتماعية ، وتلقى أفراد هذه المجموعة برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى لمدة أربع أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً مدة كل منها ساعة ونصف ، واعتمد البرنامج العلاجى على تصحيح وتعديل المواقف

والأفكار السلبية والمشوهة التى تتعلق بالمظهر الجس مى ، وكذلك التعريض للمواقف التى يحاول المريض أن يتجنبها والتى تعمل على إثارة الصورة السلبية للجسم ، وقد أظهرت النتائج حدوث نقص دال فى أعراض تشوه صورة الجسم التى تتعلق بحجم الأنف ولون البشرة لدى أفراد العينة ؛ حيث اختفى الاضطراب لدى غالبية الحالات بعد الانتهاء من البرنامج العلاجى ولدى باقى الأفراد فى الدراسة التتبعية .

وقام كاش ولافالى Cash & Lavalee (1997) بدراسة تهدف إلى استخدام العلاج المعرفى السلوكى الفردى فى تعديل صورة الجسم لدى طالبات الجامعة ، واستخدما فى ذلك مجموعة كلية قوامها 12 طالبة ممن يعانين من اضطراب صورة الجسم ، واعتمد البرنامج العلاجى المستخدم على التوجيه الذاتى القائم على كتيب المساعدة الذاتية للعلاج المعرفى السلوكى لكاش Cash والذى يتم إجراؤه بدون الاتصال المهنى وجهاً لوجه أو بطريقة مباشرة مع المعالج ، وتضمن البرنامج العلاجى إحدى عشرة جلسة علاجية مدة كل منها ساعة ونصف بواقع جلسة واحدة أسبوعياً ، وأوضحت نتائج القياس البعدى حدوث تحسن دال فى مدى الرضا عن المظهر الجسمى وفى التوافق بصفة عامة ، كذلك أوضحت النتائج استمرار حدوث التحسن الدال فى صورة الجسم فى القياس التتبعى ، وتدعم هذه النتائج استخدام العلاج المعرفى السلوكى الفردى فى علاج المشاكل التى تتعلق بصورة الجسم .

وقامت سوزان سترومر Stromer (1998) بدراسة مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تحسين أو تعديل اضطراب صورة الجسم لدى عينة من الجنسين ، واستخدمت فى ذلك مجموعة تجريبية قوامها 120 مفحوصاً ومفحوصة (47 ذكراً ، 73 أنثى) إلى جانب مجموعة ضابطة

قوامها 124 مفحوصاً ومفحوصة ، وأجرت الباحثة على أفراد هاتين المجموعتين فى القياسين القبلى والبعدى مقياس القلق المرتبط بصورة الجسم Body Image Anxiety Scale ، ومقياس اضطراب أو تشوه صورة الجسم Body Dysmorphic Disorder Scale وخضع أفراد المجموعة التجريبية لبرنامج للعلاج المعرفى السلوكى يعتمد على فنية التعليم النفسى مع استخدام تكنيك يعتمد على توفير المعلومات اللازمة عن الصورة المثالية أو الشكل المثالى للجسم كما تقدمه وسائل الإعلام مع الاستعانة برسوم بيانية بالكمبيوتر تتناول هذا الموضوع ، وتم عرض هذه المعلومات على أفراد المجموعة التجريبية خلال جلسة استمرت نصف ساعة تقريباً مع مناقشتهم فى كل ما يتعلق بخصوص هذه المعلومات ، وأظهرت نتائج القياس البعدى لأفراد المجموعة التجريبية انخفاض معدل عدم الرضا عن المظهر الجسمى ، وكذلك معدل القلق المرتبط بصورة الجسم وذلك من جانب الإناث ، كما أظهرت النتائج وجود فرق دال بين متوسط درجات القياس البعدى بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية وذلك فيما يتعلق بالوعى بصورة الجسم .

وقامت إيرين واجونر Waggoner (1998) بدراسة تهدف إلى اختبار مدى فاعلية التدخلات العلاجية فى تحسين إدراك صورة الجسم وتقدير الذات لدى عينة من الإناث فى مرحلة المراهقة المبكرة ، واستخدمت الباحثة فى ذلك مجموعة كلية قوامها 23 فتاة بمتوسط عمرى قدره 12.11 عاماً وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة الكلية عشوائياً إلى ثلاث مجموعات فرعية بياناتها كالآتى :

– المجموعة الفرعية الأولى : وتلقى أفرادها برنامجاً للعلاج المعرفى (ن

= 8) .

- المجموعة الفرعية الثانية : وتلقى أفرادها برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى (ن = 8) .
- المجموعة الفرعية الثالثة : تمثل المجموعة الضابطة ولم يتلق أفرادها أى برامج علاجية (ن = 7) ، ولكن تلقى أفرادها معلومات عامة عن اضطراب صورة الجسم داخل حجرة الدراسة .

وأجرت الباحثة على أفراد هذه العينة عدة أدوات تمثلت فى مقياس عدم الرضا عن المظهر الجسمى (المكون المعرفى) ، واستبيان تجنب صورة الجسم (المكون السلوكى) ، ومقياس التقديرات البصرية لحج م الجسم (المكون الإدراكى) ، وبروفيل الإدراك الذاتى (المكون الوجدانى) ، وتضمن البرنامج العلاجى سبع جلسات علاجية تم التركيز خلالها على موضوعات المظهر الجسمى ، والمعتقدات السلبية المرتبطة بصورة الجسم ، والأخطاء المعرفية والتحصين ضد الضغوط ، والجوانب السلوكية لصورة الجسم ، ومنع حدوث الانتكاسة ، وأوضحت نتائج القياس البعدى حدوث تحسن دال فى المكونات الثلاثة لاضطراب صورة الجسم (المكون المعرفى ، والمكون السلوكى ، والمكون الإدراكى) مع حدوث تحسن دال فى تقدير الذات (المكون الوجدانى) وذلك لدى مجموعات الدراسة الثلاثة ، كما أوضحت النتائج أيضاً أن العلاج المعرفى السلوكى قد أدى إلى حدوث تحسن دال فى الجانب السلوكى لإدراك صورة الجسم ، وقد أكدت نتائج القياس التتبعى بعد مرور عام على انتهاء البرنامج العلاجى استمرار تلك التغيرات .

وقام إليوت Eliot (1998) بدراسة تهدف إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى بمفرده ، و العلاج المعرفى السلوكى مضافاً

إليه التمرينات الرياضية فى علاج صورة الجسم لدى عينة من السيدات ذوات الوزن العادى ويبحثن عن وسيلة لتحسين صورة أجسامهن ، وأجرى الباحث على أفراد العينة فى القياسين القبلى والبعدى عدة أدوات تمثلت فى مقياس عدم الرضا عن المظهر الجسمى (المكون المعرفى) ، واستبيان تجنب صورة الجسم (المكون الإدراكى) ، وأوضحت النتائج أن التدخل العلاجى أدى إلى حدوث تغير فى كل مكون من المكونات الثلاث التى تتضمنها صورة الجسم ، وهى المكونات المعرفية ، والسلوكية ، والإدراكية ، وكانت التمرينات الرياضية هى الأكثر تأثيراً على زيادة دقة المجال الإدراكى ، أما العلاج المعرفى السلوكى مضافاً إلى التمرينات الرياضية فكان له الأثر الأكبر فى حدوث الرضا عن صورة الجسم يليه العلاج المعرفى السلوكى بمفرده ، ولم يقلل العلاج بشكل عام من مدى تجنب المواقف المثيرة أو من الانشغال بوزن الجسم من جانب أفراد العينة أو من تقديرهن الذاتى لهذا الوزن .

وقام ألبرتينى وفيليبس Albertini & Phillips (1999) بدراسة مقارنة لمدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير فى تخفيف حدة أعراض اضطراب صورة الجسم ، واستخدما فى ذلك مجموعة كلية قوامها 33 مفحوصاً ممن تتراوح أعمارهم بين 16 – 17 عاماً ، وتم تقسيم أفراد المجموعة الكلية إلى مجموعتين فرعيتين :

- المجموعة الفرعية الأولى : تلقى أفرادها العلاج بالعقاقير متمثلاً فى مشتقات السيروتونين (ن = 19) .
- المجموعة الفرعية الثانية : تلقى أفرادها برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى (ن = 14) .

وأوضحت النتائج أن المفحوصين الذين تلقوا العلاج بالعقاقير قد أبدوا

تحسناً كبيراً فيما يتعلق بأعراض اضطراب صورة الجسم على حين لم يبد المفحوصين الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى تحسناً مماثلاً ، مما يعنى تفوق العلاج بالعقاقير على العلاج المعرفى السلوكى فى هذا الصدد ، وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة استراكان وكاش Strachan & Cash (2002) التى أوضحت نتائجها أن العلاج بالعقاقير أو الأدوية أسفر فى الغالب عن نتائج غير ناجحة باستثناء عقار واحد هو الفلوكستين Fluoxetine أو كلومبيرامين Clomipramine مما يؤكد أن العلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم هو الأكثر فاعلية فى علاج اضطراب صورة الجسم .

التقدير المعرفى السلوكى :

يعتمد التقدير المعرفى السلوكى Cognitive – Behavioral Assessment على تحليل من ثلاثة نظم يركز على العوامل التى تحافظ على الاضطراب وعلى وجه الخصوص المعتقدات ، والسلوكيات ، والتجنب الاجتماعى والقلق .

المعتقدات :

يكون مرضى اضطراب تشوه صورة الجسم غير راضين عن كثير من مناطق أو أجزاء الجسم ، وبسؤالهم عما يعتقدون أنه معيباً بش أن كل جزء أو بسؤالهم عن نسبة الضيق أو الكرب الذى يسببها ذلك يمكن معرفة انشغالاتهم أو توهماتهم ، فطبيعة الانشغال الزائد عن الحد تتغير بمرور الوقت وهذا يفسر السبب فى أنه بعد الجراحة التجميلية ينتقل الانشغال إلى جزء آخر من أجزاء الجسم ، وفيما يتعلق بالافتراضات التى تدور حول العيب المدرك يعتقد المرضى أن وجود عيب ما فى جزء من أجزاء الجسم كالأنف مثلاً يعنى أنه سينتهى به المطاف أن يكون وحيداً ولا يحبه أحد ، وقد يعتقد البعض الآخر أن

أكبر جانب منفر أو مثير للاشمئزاز هو العيوب الموجودة فى الجلد لأن ذلك يجعلهم غير مقبولين بالمرة .

والقيم المهمة بالنسبة للفرد ينبغى أيضاً التعرف عليها ففى اضطراب صورة الجسم يكون المظهر غالباً هو القيمة المسيطرة والوسيلة لتعريف أو لقبول الذات والقيم المهمة فى اضطراب صورة الجسم تتضمن المثالية ، أو الوصول إلى حد الكمال ، والتناسق والقبول الاجتماعى .

السلوكيات :

النظر بإمعان فى المرآة هو جوهر اضطراب صورة الجسم ؛ حيث يقضى الأفراد الذين يعانون من الاضطراب ساعات طويلة أمام المرآة على الرغم من أن ذلك يسبب لهم الشعور بالضيق والكرب ، وعادة يكون الدافع الرئيسى للنظر فى المرآة هو الأمل فى أنهم سيبدون مختلفين أو الرغبة فى أن يعرفوا بالضبط كيف يبدون أو ما هو مظهرهم أو إلى أى مدى تكون جهودهم ناجحة فى الإخفاء أو التمويه على العيب المدرك ، وربما يكون الهدف هو فحص مظهرهم وذلك لقياس عيبهم المدرك عن طريق أخذ صور لأنفسهم بين الحين والآخر سواء بواسطة كاميرا التصوير ، أو التصوير بالفيديو ومقارنة المظهر بالصور الفوتوغرافية القديمة أو التى أخذوها لأنفسهم منذ فترة أو مقارنة مظهرهم بمظاهر الناس الآخرين ، وهناك سلوكيات أخرى تتمثل فى سؤال الأفراد الآخرين للتحقق من وجود العيب أو فاعلية عملية الإخفاء أو التمويه لهذا العيب ، كما أن هناك سلوكيات أخرى تتمثل فى استخدام الماكياج لمدة 24 ساعة فى اليوم أو التصفيف الزائد عن الحد أو المبالغ فيه للشعر أو استخدام مسكات الوجه Facial Peelers وحمامات الساونا أو أدوية التجميل مثل الكولاجين Collagen ، وحقن الشفتين ، وربما توجد أيضاً بعض

السلوكيات القهرية مثل شد الجلد الذى يحدث إحساس قصير أو وقتى بالرضا والسرور يعقبه إحساس باليأس والضيق .

التجنب الاجتماعى والقلق :

يؤدى اعتقاد الفرد بوجود عيب ما إلى إحساسه بدرجات متنوعة من القلق والتجنب الاجتماعى ، وبالتالى يميل إلى تجنب المواقف الاجتماعية أو العلاقات الحميمة ، وبعض المرضى يتحملون المواقف الاجتماعية إذا تمكنوا من الإخفاء أو التمويه أو اتباع أنماط سلوكية معينة للأمان ، وهذه السلوكيات غالباً تكون فطرية أو طبيعية ، وتعتمد على العيب المدرك وعلى المعايير الثقافية السائدة ، بينما نجد أن بعض السلوكيات تكون واضحة مثل تجنب النظر فى العين أو استخدام الشعر الطويل أو الماكياج المبالغ فيه بغرض التمويه أو الإخفاء تكون واضحة ، ولكن هناك سلوكيات أخرى تكون خفية ومن الصعب كشفها بدون سؤال المريض عن النواحى السلوكية التى تتعلق بمواقف اجتماعية خاصة أو محددة ،

فعلى سبيل المثال مريضة كانت منشغلة بأنفها و تتجنب إظهار منظرها الجانبى أو صورتها فى المواقف الاجتماعية لذلك كانت دائماً تقف مختفية وراء فرد آخر ، ومريضة أخرى كانت منشغلة بوجود هالات سوداء واضحة يمكن إدراكها تحت عينيها كانت دائماً ترتدى النظارات السوداء لتخفى هذه العيوب الجلدية ، وتساهم سلوكيات الأمان هذه فى عدم القدرة على التخلص من المعتقدات ، والمزيد من عدد مرات الوقوف أمام المرآة لفحص هذه العيوب للتأكد من أن التمويه أو الإخفاء مجدياً أم لا ، ولهذا فإنه يجب أن يتناول العلاج مثل هذه الأمور حتى يستطيع المريض الاشتراك فى المواقف العامة وكذلك المواقف الاجتماعية بدون وجود هذه المعتقدات .

ومعظم الأ فراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم يهتمون بتقديراتهم أو تقييمهم الخاص لأنفسهم وكيفية تقييم الآخرين لهم ، كما أنهم ينشغلون بدرجة كبيرة بالخوف من التقييم السلبى من جانب الآخرين ؛ لذلك فإنهم يشبهون الأفراد الذين لديهم خواف اجتماعى ، وربما يكون من السهل علاجهم عن الأفراد الذين ينشغلون بدرجة كبيرة بالمعايير الجمالية الداخلية الخاصة بهم ، وهناك عدد قليل ينشغل بدرجة كبيرة بتطبيق المعيار الجمالى الذى يحكمون به على أنفسهم ويكون لديهم انشغال أقل بالنسبة للقبول الاجتماعى أو الأداء الاجتماعى .

ملاءمة التقدير للعلاج :

القرار باتباع العلاج المعرفى السلوكى لشخص ما يعانى من اضطراب صورة الجسم يجب أن يتخذ على أساس تقدير معيارى جيد لملاءمة العلاج فالمرضى الذين لديهم عجز أو المرضى الذين يعانون من الاكتئاب ربما يتحسنون بدرجة أفضل عند اشتراكهم فى برنامج مكثف للعلاج المعرفى السلوكى ، فطبيعة اضطراب صورة الجسم تجعل المعالج لا يعتمد على الوصف الذى يقدمه المريض فيما يتعلق بمعتقداته الخاصة بالمظهر ، ومع ذلك فإن المريض والمعالج النفسى يمكن أن يتفقا على وصف للمشكلة على أنها انشغال مبالغ فيه بشأن المظهر يؤدى إلى العديد من السلوكيات الانهزامية للذات ، وربما يتفقا من البداية على أهداف مثل التوقف عن سلوكيات معينة مثل نتش أو حفر الجلد ، أو الاشتراك فى سلوكيات تم تجنبها من قبل ، وهنا يكون الهدف الضمنى أو المطلق هو مساعدة الفرد على أن يعمل ويفعل أكثر رغم مظهره ، وفى أغلب الأحوال يكون للمرضى أهداف مستترة تتمثل فى إخفاء بعض جوانب مظهرهم أو يستخدمون طرقاً عديدة للإخفاء أو التمويه أمام

الآخرين فى الأماكن العامة ، أو لتغيير مظهرهم ، و من المفيد أن يطلب من المرضى ألا يخططوا للجراحة التجميلية أو العلاجات الجلدية وذلك أثناء العلاج ، وأن يعيدوا النظر فى رغبتهم للجراحة بعد أن يتم شفا ؤهم من الاضطراب أو بعد الانتهاء من العلاج على الأقل ، ومعظم المرضى لا يريدون العلاج فالبعض منهم ربما قد يجبر إلى الذهاب إلى الطبيب النفسى وذلك عن طريق أحد الأقارب أو جراح التجميل ، والبعض يكون لديهم أفكار انتحارية أى يفكرون فى الانتحار أو يفتقرون إلى الدافعية للذهاب إلى الطبيب النفسى ، والبعض الآخر يتقبل العلاج بالأدوية التى ربما تساعد على استمرار مشاركته فى جلسات العلاج النفسى .

الاشتراك فى العلاج :

يجب أن يركز العلاج على موضوعين رئيسيين :

الموضوع الأول : يركز على السلوك الذى يتبعه المريض الذى يعانى من اضطراب صورة الجسم ، فيما يتعلق بالشكل ، وكذلك الإجراءات التى يتبعها فى التمويه أو إخفاء مظهره .

الموضوع الثانى : يركز على القلق والانزعاج المبالغ فيه بشأن المظهر .

وبعد ذلك ينتقل المعالج إلى وصف للنموذج المعرفى السلوكى لاضطراب صورة الجسم مبيناً كيف يصبح الشخص الذى يعانى من الاضطراب مدركاً بدرجة زائدة لمظهره ، ويمكن استخدام طريقة المقابلة الشخصية وذلك للتركيز على نتائج الانشغال الزائد عن الحد لدى المريض ، وبعد ذلك يسأل المعالج المريض أن لا يقلق أو ينزعج بشأن مظهره أثناء فترة العلاج ، ويحاول أن يتحقق من صدق معتقدات المريض كما يجب عليه أن يوحى للأفراد الذين يعانون من الاضطراب أن يتفاعلوا مع مرضى آخرين

يعانون من نفس الاضطراب أو يتفاعلوا مع مجموعات أخرى بهدف المساندة أو الدعم ، وفى حالة تعذر ذلك يجب إعطا ؤهم كتيب يتناول الاضطراب من كل الزوايا ، فغالباً ما يحس المرضى بالارتياح بدرجة كبيرة عندما يتحدثون مع مرضى آخرين يعانون من نفس الاضطراب أو عندما يقرأون عنه .

وأحياناً لا يريد المرضى الذين يعانون من الاضطراب الاشتراك فى برامج العلاج السلوكى ويفضلون إجراء جراحة تجميلية ، أو يلجأون إلى محاولات الانتحار ، وذلك قبل أن يقبلوا فى نهاية الأمر اللجوء إلى المساعدة من قبل المهنيين فى مجال الصحة النفسية والعلاج النفسى ، وينبغى أن يتم إسداء النصح للمرضى بأن هناك جراحين للتجميل ، وأطباء أمراض جلدية على استعداد لعلاجهم وأن هذه العلاجات بالنسبة لهم دائماً تكون غير مفيدة وتؤدى إلى عدم الرضا ، ويؤكد ذلك فيل Veale (2000) حيث يرى أنه بعد إجراء المرضى لجراحات تجميلية فى منطقة ما فإن الانشغال المبالغ فيه ينتقل إلى منطقة أخرى أو جزء آخر من الجسم ، وهذا يعنى أن الاضطراب سيظل موجوداً (ص 220) .

نموذج معرفى سلوكى لاضطراب صورة الجسم :

يركز هذا النموذج على تجربة المرضى عندما يكونون بمفردهم وليسوا فى مواقف اجتماعية .

- يبدأ النموذج بوصف أو إثارة داخلية لصورة جسم الفرد بطريقة نمطية أمام المرآة ، والإثارة البديلة تتضمن النظر إلى صورة فوتوغرافية أحذت فى وقت سابق عندما كان المريض أصغر سناً .
- يلى ذلك الانتباه الانتقائى أو الاختيارى Selective Attention بالتركيز على جوانب معينة مثلاً التأمل فى المرآة الذى يؤدى إلى وعى أو شعور

متزايد ومبالغة نسبية لمعالم أو ملامح معينة .

- نتيجة لهذه العملية يقوم الشخص الذى يعانى من الاضطراب بتكوين صورة عقلية مشوهه لجسمه ، و ينشط النظر بإمعان وتأمل فى المرآة القيم المثالية عن أهمية المظهر أو النظر إلى الذات على أنها شئ جمالى وهذا يؤدى إلى تقييم سلبى ومقارنات لثلاث صور مختلفة هى الصورة الواقعية ، والصورة المثالية ، والصورة المشوهة ، وهذه المقارنات المتكررة تجعل المريض غير متأكد من مظهره مما يشجع على عملية النظر بإمعان فى المرآة لكى يرى بدقة شكله أو منظره ويتحقق منه ، وكلما أطال الوقت الذى ينظر فيه إلى المرآة كلما كانت مشاعره أسوأ وازداد لديه الاعتقاد فى القبح ، وفى حالة عدم النظر فى المرآة يركز الفرد انتباهه وتأمله على صورة الجسم ويتأمل فى قبحها ، ويوجد غالباً تفاوت واضح بين صورة الجسم الواقعية وصورة الجسم المثالية ، وهذا يؤدى دائماً إلى حالة مزاجية مكتئبة وأفكار سلبية ، والشكل التخطيطى التالى يوضح ذلك .

وصف داخلى لصورة جسم الفرد
بطريقة نمطية أمام المرآة

الفحص أمام المرآة
والانتباه الاختيارى

النظر إلى الذات
على أنها شئ جمالى

تقييم سلبى لصورة
الجسم الداخلية

الفحص أمام المرآة

تأمل القبح أو
العيب الجسمى
مقارنة بالجوانب
المثالية

الحالة المزاجية
(الاكتئاب
والاشمئزاز)

سلوكيات تتعلق بالتجنب
والسلامة أو الأمان وذلك
للتمويه أو إخفاء المظهر

النموذج المعرفى السلوكى لاضطراب تشوه صورة الجسم
(نموذج فلي Veale ، 2001 ، ص 129)

ويحافظ هذا النموذج على نمط التفكير وأوجه السلوك التى تساعد على استمرارية الاضطراب .

- فعادة يقلق المرضى الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم قبل النظر فى المرآة لأنهم يأملون أن يروا شيئاً مختلفاً ، وتزداد حالتهم النفسية سوءاً إذا قاوموا عملية النظر فى المرآة .
- وعندما ينظر هؤلاء الأفراد فى المرآة يمرون بحالة مزاجية مكتئبة لأنهم يشعرون بالنفور أو الاشمئزاز الناتج عن تقييمهم السلبى لصورة الجسم

، وهذا الشعور يرتبط بالحالة المزاجية المكتئبة .

- ويشعر بعض المرضى بالغضب والضيق بعد النظر بإمعان وتأمل فى المرآة لضياع وقت كبير جداً فى الوقوف والنظر أمام المرآة ، ويساهم التجنب الاجتماعى والعزلة الاجتماعية فى استمرار الحالة المزاجية المكتئبة .

وتوجد مجموعة من العوامل تدفع الفرد الذى يعانى من اضطراب صورة الجسم إلى تغيير مظهره منها الحكم الجمالى السلبى ، والنفور والكراهية الداخلية للذات ، والقلق الاجتماعى ، وتُحدث مستحضرات التجميل أو المكياج ، والعلاجات الجلدية والجراحة التجميلية تغييرات جسمانية ولكنها فى الواقع لا تغير عادة من الصورة الداخلية التى يكونها الفرد عن جسمه ، وربما تؤدى إلى المزيد من خيبة الأمل والاكتئاب والفشل فى الوصول إلى صورة مقبولة للجسم ، وربما تؤدى إلى غضب موجه ضد الذات أو أ خصائى التجميل أو الجراح لفشلهم فى تغيير صورة الجسم ، ويؤدى التمويه أو الإخفاء أو الجراحة التجميلية إلى المزيد من النظر بإمعان فى المرآة وذلك لتقييم مدى كفاءة هذه الوسائل ، والفشل فى الوصول إلى صورة مقبولة للجسم يغذى أو يزيد من الصورة المشوهة للجسم .

وعموماً يعتبر العلاج المعرفى السلوكى أكثر فاعلية وتأثيراً إذا استهدف معتقدات المريض بشأن مظهره أو على وجه الدقة افتراضاته أو المعنى الذى يدور حول كونه ذو عيب ، وكذلك أهمية مظهره بالنسبة لهويته أو كينونته ، وربما يشتمل على جميع الأدلة المؤيدة والمعارضة لافتراضات المريض مثل : إذا كان مظهرى معيباً سوف لا يحبنى أحد وسأكون وحيداً طوال حياتى .

ويتم تشجيع المريض على التركيز على السمات الخاصة بالذات لتطوير

نظرة أكثر فائدة وأكثر مرونة ، وربما يتم استخدام لعب الأدوار بطريقة عكسية لتقوية الاعتقاد البديل كما تفيد مناقشة الحالة فى تكوين الاعتقاد البديل وربما يقوم المعالج بمناقشة الحالة من أجل التوصل إلى المعتقدات القديمة (نيويل وشروب Newell & Shrubb ، 1994 ، ص 166) .

- ومن الأفضل للمرضى أن يتعلموا استخدام المرآة بطريقة صحيحة أو صحية ولفترة زمنية محددة بالأنشطة المتعددة مثل وضع المكياج أو حلاقة الذقن .
- والمرضى سواء الذين ينظرون بإمعان فى المرآة أو الذين يتجنبون النظر فى المرآة يحتاجون إلى بعض الإرشاد أو التوجيه لاستخدامهم للمرايا ، وعلى وجه العموم يتم تشجيع هؤلاء المرضى على أن يكونوا مدركين أو على وعى بمظهرهم فى الانعكاس الخارجى للمرآة (لينهان Linehan ، 1993 ، ص 57) .
- ويقوم بعض المرضى بتغطية المرآة أو بإزالتها ، ويؤدى هذا السلوك إلى مشكلة تجنب المرآة ، ومن المحتمل أن يحتفظ المريض بالصورة المشوهة لجسم ه مما يساعد على استمرار الأعراض المرضية المصاحبة لاضطراب تشوه صورة الجسم .
- وعندما يقوم المرضى بتقليل عملية ا لإخفاء ، أو التمويه ربما يعلق الآخرون على مظهرهم المختلف ، وهذا يتطلب بعض الاستعدادات لأن التعليقات عن كون الشخص مختلفاً فى مظهره من المحتمل أن تزيد من إحساس الفرد بأنه شخص قبيح مما يزيد الأمر سوءاً ، ويجعل عملية العلاج صعبة إلى حد ما .

وفيما يلى مجموعة من الإرشادات التى يجب وضعها فى الاعتبار عند

استخدام المرآة :

- يجب استخدام المرآة من على مسافة صغيرة جداً ، ويجب أن تكون المرآة كبيرة بحيث تظهر معظم الجسم .
- يركز الفرد الانتباه على ما تعكسه المرآة بدلاً من التركيز على الطريقة التى يحس أو يشعر بها .
- يجب استخدام المرآة فقط من أجل عمل معين ولفترة محددة من الوقت مثل حلاقة الذقن بالنسبة للرجال ، ووضع الماكياج بالنسبة للإناث .
- يجب استخدام مجموعة متنوعة من المرايا بدلاً من الالتزام بمرآة واحدة .
- أن يركز الفرد الانتباه على وجه بأكمله بدلاً م ن التركيز على جوانب مختارة .
- عدم استخدم المرايا التى تكبر أو تضخم الشكل .
- عدم استخدم الأسطح الانعكاسية الغامضة مثل النوافذ ، أو زجاج الفاترينات ، أو أدوات القطع كالسكاكين .
- لا تستخدم المرآة عندما تشعر بالاكتئاب ، وحاول أن تؤجل الاستخدام الضرورى للمرآة حتى تشعر إنك أكثر سعادة .

العلاج بالعقاقير الطبية أو الأدوية Pharmacotherapy

من العقاقير ذات الفاعلية فى علاج اضطراب صورة الجسم الكلومبيرامين (الأنافرانيل) (Anafranil) Clomipramine ، والفلوكستين (بروزاك) (Prozac) Fluoxetine ، والديسبرامين Desipramine وهذه العقاقير توفر الراحة النفسية للأفراد الذين يعانون من الاضطراب ، وعلى عكس الاعتقاد الشائع لا يوجد دليل لكفاءة أو فاعلية البيموزايد Pimozide أو

مضادات الذهان Antipsychotics على أنها العلاج الوحيد حتى لدى المرضى الذين يوجد لديهم توهمات ، وتشير نتائج العديد من الدراسات أن مجموعة مثبطات إعادة امتصاص ا لسيروتونين Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) ذات فاعلية أو فائدة فى علاج اضطراب صورة الجسم (هولاندر وآخرون Hollander et al. ، 1999 ، ص 1036) .

ويتمشى ذلك مع ما توصل إليه فيليبس Phillips (1998) من أنه فى 113 محاولة كان ت مجموعة مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين (SSRI) ذات فائدة فى علاج 54% من الحالات بينما فى 83 محاولة كانت مضادات الذهان Antipsychotics ذات فائدة فى علاج 2 % من الحالات ويوصى باستخدام مجموعة مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين على وجه الخصوص عندما يكون مرضى اضطراب صورة الجسم لديهم حالة مزاجية مكتئبة ملحوظة أو ذات دلالة ، ويكونون معرضين لخطر الإقدام على الانتحار أو عندما تكون هناك قائمة انتظار طويلة من أجل العلاج المعرفى السلوكى .

وتختلف الآراء بش أن الحالات المقاومة للعلاج فربما تتطلب بديلاً لمجموعة مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين أو الكلوميبرامين Clomipramine والمرضى الذين يظلون مقاومين للعلاج قد تتم مساعدتهم باستخدام إما :

أ- مجموعة مثبطات السيروتونين بجرعات عالية جداً أو

ب- مجموعة مثبطات السيروتونين مع جرعة منخفضة جداً من مضادات الذهان كعامل مساعد أو

جـ- استراتيجيات زيادة السيروتونين مثل بوسبيرون Buspirone .

ومما يجب التأكيد عليه أنهتوجد خطورة عالية فى حالة عدم استمرارية تعاطى مجموعة مثبطات السيروتونين كما أن المحافظة على حالة مزاجية مستقرة وخفض الشعور بالذنب ربما يكون لهما فائدة مشتركة أو متآزرة (هولاندر وآخرون Holander et al. ، 1999 ؛ فيل Veale ، 2000) .

الفصل الرابع

4

علاج الاضطراب

مقدمة :

على الرغم من أن بعض برامج التدخل العامة لعلاج اضطراب فقدان الشهية العصبى ، و اضطراب الشره العصبى اشتملت على مكون تعامل مع اضطراب صورة الجسم إلا أنه فى الكثير من هذه البرامج تم تجاهل الجانب الخاص بالعلاج ، ففى مراجعة أو استعراض حديث للعلاج المعرف ى السلوكى لاضطراب الشره العصبى قام جارنر وآخرون Garner et al. (1987 أ) بعمل قائمة تتضمن 22 طريقة للتدخل العلاجى ولم يكن علاج اضطراب صورة الجسم مدوناً كواحد من هذه الطرائق كما أن غالبية الدراسات إما فشلت فى الوصول إلى علاج لاضطراب صورة الجسم ، أو فشلت فى قياس التغيرات التى تلى العلاج .

ونقص التدخلات الخاصة بعلاج اضطراب صورة الجسم لا يتطابق مع آراء عدد من الباحثين بخصوص الاضطرابات المتعلقة بالأكل ؛ حيث وجد أن اضطراب صورة الجسم يُعد مؤشراً سلبياً ينبئ بحدوث فقدان الشهية العصبى أو الشره العصبى (هورن وآخرون Horne et al. ، 1991؛ بونيل وآخرون Bunnell et al. ، 1992؛ سوبال وبيلز Sobal & Beals ، 1996) ، ويتفق ذلك مع ما ذهب إليه مازيو Mazzeo (2000 ، 46) عندما أوضح أن التقدم فى علاج اضطرابات الأكل ربما يكون مضللاً وذلك لأنه لم يحدث تصحيحاً فى صورة الجسم وأن التحسن يكون وقتياً .

وفى هذا الصدد يرى عدد كبير من الباحثين أن العلاج الفردى لاضطراب صورة الجسم يسفر عن معلومات وثيقة ال صلة بعلاج اضطرابات الأكل التى تم تشخيصها كلينيكياً ، ويؤكد ذلك عادل عبد الله محمد (2000 ، 287) حيث يرى أن اضطراب فقدان الشهية

العصبى ، واضطراب الشره العصبى يعدان بمثابة اضطرابين وثيقى الصلة باضطراب صورة الجسم ؛ ويتسمان بانشغال كبير من جانب الفرد بشكل جسمه ، واستخدامه للعديد من الاستراتيجيات التى تساعده على تجنب زيادة الوزن ومن هذا المنطلق تصبح لهما صلة مباشرة باضطراب صورة الجسم .

وفى السنوات القليلة الماضية بدأ الباحثون ينظرون إلى علاج اضطراب صورة الجسم بصورة أكثر جدية ؛ حيث بدأوا فى إتباع العلاج المعرفى السلوكى لعلاج عدم رضا الأفراد عن أجسامهم ، وأكدت نتائج الدراسات القليلة التى اعتمدت عليه أنه أكثر فاعلية مقارنة بغيره من الأساليب ؛ حيث يؤدى إلى تعديل صورة الجسم وتحسين التوافق النفسى كما اتبع الباحثون الإجراءات التجريبية التى تتمثل فى القياس القبلى ، والقياس البعدى ، وكذلك القياس التتبعى بعد مرور فترة من العلاج وذلك للحكم على فاعلية العلاج ، كما تضمنت الإجراءات التجريبية أيضاً وجود مجموعة ضابطة تعانى من الاضطراب ولا تخضع للعلاج يتم المقارنة فى ضوئها ، وفيما يلى تناول وعرض طرق علاجية للجوانب الإدراكية والذاتية لاضطراب صورة الجسم .

علاج المكونات الإدراكية للاضطراب :

طرق أو إجراءات مواجهة الصورة :

يرى جولدسميث وتومسون Goldsmith & Thompson (1989 ، 440) أن إجراءات مواجهة الصورة تتضمن ثلاث مراحل هى :

المرحلة الأولى :

وفيها يطلب من المفحوصة أو الخاضعة للدراسة أن تواجه مرآة بطول الجسم وذلك من على بعد أو مسافة متر واحد ، وأثناء ذلك تستمع إلى تعليمات المعالج التى تتمثل فى الآن أريد منك أن تنظرى جيداً إلى جسمك من الرأس إلى القدمين ، قومى بدورة كاملة وافحصى جسمك من جميع الجوانب وعندما تنتهين من الدوران أريد منك أن تستمرى فى النظر إلى المرآة ، وأثناء ذلك ترسمين الخطوط العريضة المحددة لمعالم جسمك بيدك وتلاحظين المنحنيات المتعددة والخطوط الخارجية ، انتبهى انتباهاً خاصاً إلى خدودك وخصرك ، وفخذيك وكونى على راحتك عندما تصفين أى انفعالات أو أى إحساسات جسمية تشعرين بها ، وكان يسمح للخاضعات للدراسة بثلاث دقائق لهذا الجانب أو المظهر الخارجى بالعلاج ، وعند انتهاء الثلاث دقائق يسأل المعالج عن أى أسئلة أو استفسارات ويتم الرد عن الأسئلة أو الاستفسارات .

المرحلة الثانية :

فى هذه المرحلة يتم إعطاء المفحوصات تغذية راجعة فيما يتعلق بدقة حجمهن ، ويتم بعد ذلك أخذ كل مفحوصة إلى حجرة بها سبورة ، ويطلب منها رسم تقديرات عرض جسمها بطريقة أفقية بطباشير أحمر اللون لكل موقع من مواقع الجسم ، ثم رسم وتلخيص مقاييس الجسم الحقيقية بطباشير أزرق اللون ، وتم إبلاغ المفحوصات بالتعليمات التالية : على السبورة التى أمامك توجد المقاييس الحقيقية لجسمك مكتوبة بالطباشير الأزرق ، والتقديرات التى قم تِ بها لكل جانب من جوانب جسمك مكتوبة بالطباشير الأحمر أريد منك أن تنظرى إلى التقديرات التى قم تِ بها وتنظرى إلى المقاسات الحقيقية ، تمهلى وخذى ما تريدين من الوقت للنظر إلى السبورة ومشاهدة المكتوب عليها إلى أن تشعر ى بالارتياح والاطمئنان فى معرفة الفروق بين تقديراتك

ومقاساتك الحقيقية ، أرجو ألا تشعر ين بالحرج واسألى ما تشائين من الأسئلة ، وتم سؤال المفحوصات مرة أخرى إذا كان لديهن أ ية أسئلة وذلك فى حدود ثلاث دقائق .

المرحلة الثالثة :

فى هذه المرحلة يتم تعريض المفحوصات من جديد لمواجهة المرآة ، وهذا بالضرورة تكرار للمرحلة الأولى ، وعقب التعريض المتكرر للمرآة يتم إعادة تقديرهن من أجل الدقة فى تقدير الحجم ، والمفحوصات اللاتى لم ينطبق عليهن المعيار أو المحك قبل نهاية الدورات الثلاث لتكرار العلاج يتم حذفهن من الدراسة ، وسبب الاختبارات المتكررة هو تحديد قوة التدخل لتدريب الخاضعات للدراسة على الدقة ، وهناك مرحلة أخرى لا علاقة لها بالمراحل الثلاث السابقة ولكنها تفيد فى علاج عدم الرضا عن المظهر وتتضمن هذه الخطوة أو المرحلة سؤال المريضات أن يتصرفن كما لو كان لديهن صورة موجبة للجسم و يطلب منهن أن يتحركن ويلبسن ويتفاعلن مع الآخرين كما سيفعلن إذا كان لديهن صورة موجبة للجسم .

وتشكل الطرق السلوكية معظم إجراءات العلاج ، على سبيل المثال يعتبر التدريب التحصينى ضد التوتر والضغوط التى يتخيل فيه ا المرضى أنهم يواجهون مواقف تثير أفكاراً ومشاعر سلبية نحو الجسم مفيداً ، كما أن التدريب على الاسترخاء يُعد استراتيجية إضافية مفيدة عندما يتم استخدام طرق التعريض ومنع الاستجابة .

ولقد وجد أن طريقة التغذية الرا جعة الإدراكية Perceptual Feedback Procedure ناجحة إلى حد كبير جداً فى تناول قضية أو موضوع معين يتعلق بالمبالغة فى تقدير الحجم (جولدسميث وتومسون & Goldsmith

Thompson ، 1989 ، 439) ، وهذه الطريقة تتم عن طريق مقارنة الأحجام الحقيقية بالأحجام التى تم تقديرها ، وينبغى ملاحظة أن بعض المرضى لديهم صعوبة تتعلق بعدم رؤيتهم لأنفسهم بطريقة صحيحة ، وبالتالى فإن هذا الأسلوب الفنى ينبغى شرحه بعناية ، وينبغى التعامل مع الأفكار والمشاعر بشأن النتائج بطريقة شاملة لأن الحالة النفسية للمرضى ربما تجعل هذه الطريقة غير مثمرة ، فعلى سبيل المثال فى إحدى التجارب التى قام بها تومسون Thompson (1990 ، 94) لعلاج اضطراب فقدان الشهية العصبى قدم لفتاة تبلغ من العمر 16 عاماً قطر أوراكها فأجابت قائلة ليست هذه أوراكى فلا يمكن أن تكون صغيرة إلى هذا الحد ، وفى أثناء ذلك سمح لها بأن تقيس نفسها بفرجار الجسم وبعد الانتهاء من ذلك قالت مرة أخرى أن هذه ليست مقاييس أوراكى .

واستناداً لما نادى به جارنر وجارفينكل Garner & Garfinkel (1981 ، 279) ربما يكون التدريب على إعادة العزو Reattribution Training مفيداً على الرغم من أن هذه الطريقة لم يتم توثيقها من الناحية العملية ، وربما تكون ذات نفع كبير جداً مع المرضى الذين يعانون من اضطرابات تتعلق بالأكل وفيه يتم تشجيع المريضة أن تصف اضطرابها الادراكى وتنسبه إلى المرض الذى تعانى منه حالياً وليس لقدراتها الادراكية الخاصة بها .

وأوضح سيلبرشتين وآخرون .Silberstein et al (1987 ، 104) أن الحساسية للخزى الذى تمر به النساء فيما يتعلق بوزنهن يبدو مهماً جداً وحاسماً للعلاج النفسى المؤثر والفعال ، ويفترضون أن مساعدة المريضة على

أن تتعرف على أو تحدد وتتحدث عن العار أو الخزى بشأن جسمها وصورة الجسم يعتبر مكوناً ضرورياً لا غنى عنه فى العلاج .

كما أن العلاج الجماعى Group Therapy يعتبر مفيداً إلى درجة كبيرة بالنسبة لهذا الغرض ، وذلك لأن المفحوصة تكتشف أنها ليست وحدها التى تعانى من خزيها ، ولقد وجد أن التركيز على التباين الذاتى الذى يمكن إدراكه مقابل التباين أو التفاوت المثالى يعتبر طريقة مفيدة إلى حد بعيد ، وهناك طرق متعددة لتناول هذا التباين أو الاختلاف .

أولاً : من الممكن أن يعدل الهدف أو المثل الأعلى للفرد ونجعله أكثر واقعية وبالتالى يمكن الوصول إليه وذلك من خلال إعادة التركيب المعرفى السابق ذكره .

ثانياً : من الممكن عمل إعادة تقييم للذات المدركة مع التأكيد على الصفات الإيجابية ووضعها إزاء الصفات السلبية ، وفى هذه الحالة سيركز المرضى بطريقة اختيارية على مظهر واحد أو مظهرين للجسم مع استبعاد المظهر العام ، وعن طريق توسيع استراتيجيات التقييم من الممكن أن نجعلهم يخلقون إدراك ذاتى بطريقة معقولة بدرجة أكبر .

ثالثاً : ربما يكون من المفيد توضيح مصدر الاختلاف أو التباين فعلى سبيل المثال يقوم كثير من الأفراد باختيار الشخص الذى يقارنون أنفسهم به وربما يكون هذا الشخص صديقاً ومن المحتمل أن يكون شخصاً غريباً غير معروف أو شخصية مرموقة مشهورة ، وباستخدام الأساليب الفنية العلاجية من الممكن أن نجعل المفحوص أو المفحوصة يتحدى المنطقية بقيامه بمقارنة نفسه بمثل آخر أعلى من الأمثلة المتاحة أو المتوافرة مقترحاً أنه سيكون هناك دائماً شخصاً أكثر نحافة أو رشاقة أو أكثر

جاذبية ولكن ذلك لا يعنى دائماً أنه " غير جذاب " وبالإضافة إلى ذلك من المفيد أن نجعل المفحوص يقلل من ميله الدائم إلى المقارنة (هيجنز وآخرون .Higgins et al ، 1986 ، 7) .

وعلى الرغم من أن هذه الطرق ربما تكون مفيدة ومؤثرة فى علاج اضطراب صورة الجسم إلا أنه لم يتم تقييمها .

برنامج للعلاج المعرفى السلوكى :

فيما يلى عرض تفصيلى موجه للممارس لبرنامج للعلاج المعرفى السلوكى لاضطراب صورة الجسم ، ويستند الجزء الأكبر لهذا العرض على النسخة الحديثة لبرنامج كاش وجرانت Cash & Grant (1996) .

إجراءات الممارسة الكلينيكية للعلاج المعرفى السلوكى :

يتطلب العلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم أن يمتلك الممارس مهارات كلينيكية معينة ، وأن يكون على وعى تام ويقظة بموضوعات أو قضايا معينة منها :

1- أن يكون لديه كفاءة كلينيكية مسبقة فى العلاج المعرفى السلوكى إلى جانب المهارات الأساسية أو الضرورية لتطوير واستمرارية العلاقة العلاجية .

2- أثناء الممارسة العلاجية يقدم المرضى الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم مجموعة من الاضطرابات السيكولوجية الأخرى ؛ لذلك فإن التقدير الشامل والدقيق للأداء الوظيفى للمرضى من الأمور الضرورية التى يجب على المعالج أن يكتسب فهماً دقيقاً لها .

3- لا ينبغى أن يقدم العلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم كعلاج وحيد للمرضى الذين يكونون على سبيل المثال مكتئبين أو قلقين من الناحية

الكلينيكية أو الذين يظهرون اضطرابات تتعلق بالأكل ، وإنما يمكن للعلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم أ ن يدمج بطريقة فعالة مع العلاجات المناسبة لهذه الاضطرابات .

4- يمكن إجراء العلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم إما فى شكل علاج فردى أو فى شكل علاج جماعى ، ويتطلب النوع الأخير الفطنة والذكاء المهنى فى إدارة الجلسات العلاجية الجماعية ؛ لذلك ينبغى على الممارسين أن يكونوا على دراية باستخدام العلاج المعرفى السلوكى الجماعى .

5- على الرغم من أن البرنامج العلاجى يتم بنا ؤه فى ثما نى خطوات متميزة فإن هذه الخطوات يتم تنفيذها بطريقة تقوم ببناء المهارات بطريقة تراكمية .

الخطوة الأولى : التقدير الشامل لصورة الجسم

بعد فترة قصيرة من المقابلة الشخصية الأولية التى قرر فيها المعالج والمريض أن صورة الجسم ستكون هدفاً للعلاج يتم إجراء مجموعة من مقاييس صورة الجسم ، وهذه المقاييس تعمل كمؤشرات لخط قاعدى لجوانب متعددة لتجارب الجسم ، وكمعلومات لتغذية راجعة لكى يعرف المريض جوانب قوته وقابليته للمرض ، كما أنها تقدم للمعالج معلومات مهمة ورئيسية لتخطيط العلاج ، ومعظم هذه المقاييس عبارة عن قوائم للتقرير الذاتى يمكن إعطائها للمرضى لكى يستكملونها ويرجعونها فى الجلسة التالية ، ويلى ذلك وصف لتقديرات صورة الجسم ، وتوجد مجموعة من المقاييس التى تساعد المعالج على أن يحدد تقييم لصورة الجسم الأساسية للمرضى من الناحية الوجدانية ، والسلوكية ، والمعرفية ، ومن المقاييس التى تستخدم لهذا الغرض ما يلى :

استخبار العلاقات الذاتية الجسمية المتعدد الأبعاد :

Multidimensional Body - Self Relations Questionnaire (MBSRQ)

أعد هذا الاستخبار كاش Cash (1994 ج) وقام مجدى الدسوقى (2003) بتعريبه وتقنينه على طالبات الجامعة و يتكون الاستخبار من 69 فقرة لقياس الجوانب الذاتية الجسمية لصورة الجسم ويحتوى الاستخبار على المقاييس الفرعية التالية :

1- المظهر العام General Appearance

ويعكس هذا المقياس الجهد المبذول للاهتمام بالمظهر أو تحسينه بالإضافة إلى الجهود السلوكية التى تهدف للمحافظة عليه .

2- اللياقة البدنية Fitness

٣- الصحة العامة General Health

والمقياسان السابقان يقدران التوجه المتعلق بالصحة واللياقة البدنية .

٤- التوجه المتعلق بالمرض Illness Orientation

٥- الرضا عن الجسم Body Satisfaction

وتدور عبارات هذا المقياس الفرعى حول عدم الرضا عن أجزاء أو جوانب معينة للجسم على سبيل المثال الوزن ، والطول ، والوجه ، والجذع السفلى ، وشكل العضلات ... الخ .

٦- الوزن الفعلى Subjective Weight

تشير عبارات هذا المقياس الفرعى إلى كيفية وضع الأشخاص لأجسامهم تحت عناوين ومسميات تتدرج من دون الوزن الطبيعى بدرجة كبيرة إلى زائد عن الوزن الطبيعى أو العادى إلى حد كبير .

٧- الانشغال بالوزن Weight Preoccupation

وتشير عبارات هذا المقياس الفرعى إلى الانشغال بالوزن الزائد عن المعدل الطبيعى أو الوزن المفرط الذى يعكس القلق من البدانة ، ومراقبة الوزن ، والرجيم الحالى والتقيد فى الأكل ، وسيتم عرض كراسة الأسئلة الخاصة بالاستخبار ، وكذلك وتعليمات التصحيح فى موضع لاحق .

استخبار الأفكار الذاتية لصورة الجسم :

Body - Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ)

أعد هذا الاستخبار كاش Cash (1994 أ) ويتكون الاستخبار من 52 عبارة أو بنداً يوجد أمام كل منها خمس اختيارات تتدرج من أبداً (1) إلى دائماً (5) ، وتدور بنود أو عبارات هذا الاستخبار حول الأفكار الذاتية التى تتعلق بالمظهر الجسمى ، ويتضمن هذا الاستخبار مقياسان فرعيان مستقلان نسبياً أحدهما يختص بتقدير الأفكار الموجبة ، والآخر يختص بتقدير الأفكار السالبة .

قائمة تخطيطات المظهر : Appearance Schemas Inventory (ASI)

تفيد هذه القائمة فى تقدير الافتراضات التى تتعلق بأهمية ومعنى المظهر فى حياة الفرد ، وكذلك الحالة الوجدانية لصورة الجسم التى تتم عن خلل أو عجز وظيفى ، وتتألف هذه القائمة من 14 بنداً على مقياس يتدرج من أعارض بشدة (1) إلى موافق بشدة (5) ، وقام المؤلف بتعريب هذه القائمة وسيتم عرضها فى موضع لاحق .

قائمة مواقف الفتور أو اليأس من صورة الجسم :

Situational Inventory of Body - Image Dysphoria

أعد كاش Cash (1994 د) هذه القائمة ، وتتكون من 48 موقفاً يقوم فيها الخاضعون للدراسة بتوضيح تعرضهم لانفعالات صورة الجسم السلبية ،

وتتدرج إجاباتها من أبداً (صفر) إلى دائماً (4) ، وتشتمل الفقرات على سياقات اجتماعية وغير اجتماعية ، وأنشطة تتعلق بأداء التمرينات الرياضية ، والتزين والعناية بالمظهر ، والأكل أو عملية تناول الطعام ، والمودة أو الصداقة الحميمة ، والتركيز الذاتى الجس مى أو البدنى ، بالإضافة إلى التغيرات فى المظهر مثل التغيرات التى تحدث فى الوزن أو تسريحة الشعر ، وتعد هذه القائمة مؤشر صادق للحالة الوجدانية لصورة الجسم السلبية .

استخبار تجنب صورة الجسم Body - Image Avoidance Questionnaire

أعد هذا الاستخبار روزين وآخرون Rosen et al. (1991) وذلك لقياس الميول السلوكية التى تصاحب اضطراب صورة الجسم من وقت إلى آخر وبشكل متكرر ، وهذه السلوكيات تعتبر شائعة بين الأشخاص الذين لا يشعرون بالرضا عن أجسامهم أو مظهرهم العام ، ويتكون الاستخبار من 19 بنداً ، ويجيب المفحوص على كل بند بإجابة واحدة من بين ست اختيارات دائماً ، عادة ، غالباً ، أحياناً ، نادراً ، أبداً ، ويعطى للمفحوص خمس درجات إذا كان اختياره دائماً ، وأربع درجات إذا كان اختياره عادة ، وثلاث درجات إذا كان اختياره غالباً ، ودرجتان إذا كان اختياره أحياناً ، ودرجة واحدة إذا كان اختياره نادراً ، وصفراً إذا كان اختياره أبداً ، ويستخدم الجمع الجبرى فى حساب الدرجة الكلية التى يحصل عليها المفحوص على الاستخبار ، وقام مجدى الدسوقى (2002) بتعريب وتقنين هذا الاستخبار ، وسيتم عرض كراسة الأسئلة الخاصة بهذا الاستخبار فى موضع لاحق .

استخبار شكل الجسم Body - Shape Questionnaire (BSQ)

يتكون هذا الاستخبار من 34 فقرة تتعلق بالانشغال بشأن وزن وشكل الجسم ، ويقوم الخاضعون للدراسة بتقدير التكرارات أو مرات الحدوث من أبداً

أو مطلقاً (1) إلى دائماً (6) ، وقام مجدى الدسوقى (2004) بتعريب وتقنين النسخة المعدلة من هذا الاستخبار Body Shape Questionnaire Revised (BSQ – R) وهى من إعداد كوبر وآخرون Cooper et al. (1987) وتتألف من عشر عبارات مصاغة فى شكل أسئلة ويوجد أمام كل منها ست اختيارات دائماً ، عادة ، غالباً ، أحياناً ، نادراً ، أبداً ، ويعطى للمفحوص ست درجات إذا كان اختياره دائماًً ، وخمس درجات إذا كان اختياره عادة ، وأربع درجات إذا كان اختياره غالباً ، وثلاث درجات إذا كان اختياره أحياناً ، ودرجتان إذا كان اختياره نادراً ، ودرجة واحدة إذا كان اختياره أبداً ، وسيتم عرض كراسة الأسئلة الخاصة بهذا الاستخبار فى موضع لاحق .

اختبار اضطراب تشوه صورة الجسم :

Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)

أعد روزين وريتر Rosen & Reiter (1992) هذا الاختبار ، وهو عبارة عن مقابلة كلينيكية تركيبية تسهل تشخيص اضطراب تشوه صورة الجسم ويستغرق هذا الاختبار نصف ساعة للقيام به ، ويهتم بفحص الجوانب التالية : الانشغال الكبير بصورة الجسم ، وعدم الرضا عن صورة الجسم ، والشعور أو الوعى الذاتى ، وتجنب المواقف الاجتماعية التى تثير القلق المتعلق بالمظهر ، وفحص مناطق الجسم ، وعملية التمويه أو الإخفاء ، ومقارنة الذات بالآخرين ، والبحث عن الطمأنينة ، ويفيد هذا الاختبار المعالج فى تشخيص اضطراب صورة الجسم .

طريقة تقدير صورة الجسم Body Image Assessment Procedure (BIA)

قام ويليامسون وآخرون Williamson et al. (1989) بتقديم مؤشر تصورى لعدم الرضا عن صورة الجسم من خلال إنشاء تسع

كروت لأشكال ظلية لجسم أنثوى تتراوح من نحيف جداً (1) إلى سمين (9) ، وفى البداية تختار المفحوصة أو الخاضعة للدراسة كارت واحد لكى تصف أو تصور حجم الجسم الحالى أو الواقعى الذى تدركه وبعد إعادة تفنيط الكروت تقوم باختيار كارت آخر يمثل الحجم المثالى ، والفرق بين الكرتين يقدر التفاوت المثالى للذات المثالية ، والاستخدام الكلينيكى لطريقة تقدير صورة الجسم ر بما يتضمن إجراءات أخرى تتمثل فى استخدام تعليمات لاستخراج كيفية شعور المفحوصة بمظهرها أو كيف ينظر الآخرون إلى مظهرها ... الخ .

تقديرات المحنة أو الكرب الحالى Invivo Distress Ratings

وفيه يقوم المرضى بتقدير المرضى بتقدير مستوى الضيق أو عدم الارتياح ، وعند التقدير يقف المرضى على بعد 3 أقدام من مرآة كاملة الطول وثلاثية الأبعاد ليروا صورتهم لمدة 30 ثانية ، ويقومون بتقدير ضيقهم أو عدم ارتياحهم على ميزان تقدير يتراوح من صفر إلى 100 ، ولقد أكدت نتائج العديد من الدراسات على صدق هذه الطريقة (بترز وكاش Butters & Cash ، 1987 ؛ كاش وآخرون Cash et al. ، 1990 ؛ كيتون وآخرون Keeton et al. ، 1990 ؛ روكر وكاش Rucker & Cash ، 1992 ؛ جرانت وكاش Grant & Cash ، 1995) .

مقاييس التوافق :

وهذه المقاييس تتعلق بالأداء الوظيفى السيكولوجى المعروف بارتباطه بصورة الجسم السلبية مثل :

١ - قائمة مراجعة الأعراض المعدلة Symptom Checklist - 90 - Revised (SCL - 90 - R)

٢ - مقاييس تقدير الذات المختلفة .

٣ -قائمة تكساس للسلوك الاجتماعى Texas Social Behavior Inventory

٤ -مقياس الشعور أو الوعى الذاتى Self - Consciousness Scale

٥ -قائمة الخوف من التقييم السلبى The Fear of Negative Evaluation Inventory .

٦ -مقاييس الاكتئاب المختلفة .

٧ -مقاييس اضطرابات الأكل مثل قائمة اضطرابات الأكل Eating Disorder Inventory (EDI) ، واختبار الشره أو النهم المعدل Bulimia Test - Revised ، واختبار اتجاهات الأكل Eating Attitudes Test .

الخطوة الثانية : التعليم المتعلق بصورة الجسم والاكتشافات الذاتية :

فى بداية العلاج ينبغى على المعالج الأفكار والمعتقدات المتعلقة التى تتعلق بأنماط إعادة التعلم الخاص بالتفكير والمشاعر ، وطرق التصرف أو السلوك ، وذلك حتى يصبح المرضى على وعى بدورهم كمشاركين نشطين فى عملية التغيير ، ولديهم القدرة على التحكم بدرجة متزايدة فى تجاربهم الخاصة .

وهدف الجلستين التاليتين هو زيادة فهم المرضى لاضطراب صورة الجسم ، وهذا الهدف يتم عن طريق تنفيذ العديد من الأنشطة التعليمية النفسية Psychoeducational Activities كما يلى :

١ -يتم إعطاء معلومات للمرضى تختص بسيكولوجية المظهر عن طريق تكليف علاجى بالقراءة أو الإطلاع ، وهذه المعلومات تزيد من الأفكار العقلانية عن صورة الجسم وتظهر تأثيرات أقوى لصورة الجسم الذاتية ، وذلك لكى يفهم المرضى مكونات صورة الجسم ، والأسباب التى تؤدى إلى صورة الجسم السلبية .

٢ -من خلال المناقشات يبدأ المعالج والمريض فى تطبيق هذه المعلومات لبيان النزعة الشخصية للمعرفة الذاتية للمريض فيما يتعلق بمجموعة من العوامل التى تتمثل فى الرسائل الثقافية ، والتغيرات الجسمية والغيظ أو المكايدة ... الخ ، ويطلب من المريض أن يحتفظ بمفكرة يومية لصورة الجسم يدون فيها الأحداث الهامة والتجارب التى مر بها من مرحلة الطفولة المبكرة حتى الوقت الحالى وينظر إليها على أنها مكونة لنمو صورة جسمه .

٣ -استناداً إلى الخطوتين السابقتين يبدأ المعالج والمريض فى إظهار التأثيرات الرئيسية لاضطراب صورة الجسم ويتعاونا معاً لكى يكتشفا المحفزات أو المنشطات للأحداث والمواقف المترسبة والمعتقدات والأفكار والافتراضات والإدراكات والتفسيرات والحوارات الداخلية للحديث الجسمى الخاص Private Body Talk للمريض والسلوكيات الناتجة ، ويعطى المعالج تعليمات للمريض أو يعلمه طريقة المراقبة الذاتية Self - Monitoring ويكلفه بحفظ مفكرة يومية لنتائجه الأولية ، وبعد ذلك يطلب المعالج من المريض أن يقوم بعمل مدخلات للمفكرة اليومية فيما يتعلق بتجارب صورة الجسم الحالية والمستمرة و أن يحضر معه المفكرة فى كل جلسة لمناقشتها .

٤ -يبدأ المعالج من خلال المدخلات السابقة فى تحديد أهداف علاجية واضحة وصريحة ، ويطلب من المريض أن يفصح عن هذه الأهداف .

وهذه المقتطفات من الجلسة توضح بعض الاكتشافات والأهداف التى أوضحتها إحدى المريضات التى تبلغ من العمر 19 عاماً التى تعانى من القلق بشأن زيادة الوزن على الرغم من أنها ليست بدينة .

المعالج : أخبرينى عن بعض الأشياء ا المهمة التى حدثت لك قبل ذلك واكتشفتيها الآن ، وما الأشياء التى تحتاجي زها لكى تشعرين شعوراً أفضل بشأن جسمك ؟ .

المريضة : هناك أشياء حدثت لى فى الماضى ولم تكن نتيجة غلطتى ؛ حيث كانت أمى تبذل كل ما فى وسعها لتجعلنى طفلة بدينة ، وكان ذلك يجعلنى موضع نقد الأطفال الآخرين ، وأنا حتى هذه اللحظة مازلت أشعر فى نفسى بالحزن بش أن وزنى ، ومن الصعب ألا أشعر بالضغوط الاجتماعية التى تتمثل فى تعليقات الناس الآخرين بشأن الأفراد السمان ؛ لذلك أريد أن أكون طويلة ونحيفة وشقراء وجميلة ، وبالتالى أتوقف عن كراهية نفسى .

المعالج : إذن فإن أحد أهدافك هو نسيان هذه التجارب غير المحببة أو غير السارة بالنسبة لك ، وتبد ئين فى النظر إلى نفسك والتعامل معها بطريقة مختلفة .

المريضة : لقد اضطررت إلى ذلك ولا أعرف كيف حدث هذا الاضطرار؟ .

المعالج : حسناً إن تعلم الكيفية أو الطريقة هو بالضبط ما يحدده أو يهدف إليه العلاج فاستناداً إلى الاستبيان الذى قم تِ بالإجابة عليه وللأولويات التى دونتيها فى مفكرتك اليومية يمكن فى ضوئها أن

تكونين أفضل بكثير ، والذى سوف يختلف فقط هو أسلوب حياتك اليومية إذا رغبتِ فى أن تعاملى نفسك بطريقة أفضل .

المريضة : هناك أشياء كثيرة سوف أتخلص منها مثل الميزان الملعون الموضوع فى حجرة نومى ، وسأذهب إلى صالة الجمانيزيوم ، وسأتبع خطة ناجحة لإنقاص وزنى بدلاً من القلق بش أن أننى أبدو بدينة وسأتخلص من الاعتقاد بأن الآخرين يكرهون جسمى ، وسألقى بكل الملابس الفضفاضة فى سلة المهملات ، وأرتدى أى شئ أريد أن أرتديه .

المعالج : أوافقك فى الرأى فإذا قمتِ بعمل هذه الأشياء ستكون علاقتك بجسمك سعيدة بدرجة كبيرة ، وخلال هذا الأسبوع أريد منك أن تدونى أهدافك وتحدديها بكل دقة أو بأقصى ما تستطيعين ، وأريد منك أيضاً أن تدونى فى قائمة أخرى الأهداف التى يمكن أن تفكرى فيها والتى ستساعدك على أن يكون لديك صورة أكثر إيجابية عن جسمك ، وفى الجلسة القادم ة سنقوم بمراجعة هذه الأشياء والأهداف ونبدأ العمل على تحقيقها .

الخطوة الثالثة : استخدام فنيةِ التعريض ومنع الاستجابة :

والهدف من هذه الخطوة هو تسهيل تعريض المرضى للأحداث الموقفية التى تحدث وتثير الفتور أو اليأس ، وهذه الخطوة يتم إجراؤها كطريقة للضبط الذاتى على سلب الإحساس كمعارضة لمفهومها على أنها كف متبادل سلبى ، ويستخدم المرضى مهارات الاسترخاء المكتسبة لتقليل أو خفض العواطف السلبية لصورة الجسم .

ويتم ذلك من خلال الإجراءات الآتية :

1- التدريب على استرخاء الجسم والعقل معاً حتى يتم التخلص من الضيق المتعلق بالجانب الجسمى ويعطى للمرضى تعليمات بأن يمارسو ا الاسترخاء يومياً لمدة أسبوع ويسجلون فى م فكراتهم اليومية أى مشكلات يتعرضون لها ، وفى الجلسة التالية يوجه المعالج المرضى نحو الاسترخاء العضلى المتتابع ، والاسترخاء التقدمى ، ويطلب من المرضى تحديد سلم هرمى :

الأول : للمعالم الجس مية التى تسبب عدم الرضا (الأوراك – الأرداف – الأسنان الأمامية – نسيج الشعر – العينان – الأنف – شكل الصدر) .

الثانى : للمواقف أو الأحداث التى تثير الضيق أو الانزعاج المتعلق بصورة الجسم ، وفيما يلى مجموعة من العبارات أو المواقف بعضها خاص بالذكور وبعضها خاص بالإناث التى تثير الضيق والانزعاج المتعلق بصورة الجسم :

- عند ارتداء الملابس أو الشورتات التى تظهر معالم الجسم .
- عند القيام بوزن الجسم .
- عند ارتداء الملابس ذات الألوان المفصلة .
- عندما الجلوس على الشاطئ أو البلاج بلباس البحر .
- عندما يركز الآخرون نظراتهم على الجزء الأسفل من الجسم .
- عندما يُعلق الآخرون على بدانة شخص ما .
- عند قياس الملابس فى متجر ما .
- عندما أكون بصحبة الإناث الأخريات .

وفى المحاولات الأولية لسلب أو نزع الحساسية يستخدم المرضى مهارات الاسترخاء بهدف التخلص من القلق وتقليل عدم الارتياح ، ويبدأ المرضى فى الجلسات ويستمرون فيها كواجب منزلى يومى ملاحظين التقدم والمصاعب مع تحكم أو سيطرة معتدلة على عدم الارتياح ، ويتم تدريب المرضى على تنفيذ سلب الحساسية على انفراد فى المنزل أمام مرآة كاملة الطول بهدف التخلص من الضيق وعدم الارتياح مع تسجيل أية مشاكل قد تحدث أثناء هذه الخطوة لمناقشتها مع المعالج ولا ينبغى أن يتم هذا الإجراء كتدريب أو تمرين فى الجلسة ، والتمرينات أمام المرآة مهمة جداً ، ويجب على المرضى أن يتعلموا مجابهتها بدلاً من تجنبها لأنها تساعد على تفهم المريض لأسباب صورة الجسم السلبية كما أنها تساعد على انطفاء السلوك غير المرغوب أو التخلص منه .

الخطوة الرابعة : التعرف على أو تحديد افتراضات المظهر :

تتعامل هذه الخطوة مع أهداف الافتراضات المدرجة فى قائمة تخطيطات المظهر أو قائمة الأبنية المعرفية للمظهر The Appearance Schemas Inventory (ASI) والهدف من هذه الخطوة هو أن يكتشف المعالج الأفكار والمعتقدات غير التواؤمية لافتراضات المرضى التى تعمل كعامل أساسى أو قاعدة لمحنتهم وضيقهم المتعلق بصورة الجسم ، ويشترك المعالج مع المريض فى فحص هذه الافتراضات بهدف الكشف عن مصادر الضيق أو الكرب ، ويلى ذلك حوار يقوم فيه المعالج بتوجيه المريض لكى يكتشف الحقيقة ، ويدور الحوار حول ما المشكلة ؟ ولم يعتقد فى ذلك ؟ .

ويقوم المعالج بتكرار أو إعادة التأكيد على استجواب المريض أو سؤاله بشأن هذه الافتراضات الهامة ، والتكليف بالواجب المنزلى ويطلب فيه من المريض أن يكتب عبارات أكثر دقة وعقلانية عن افتراضاته كأن يكتب " عندما افترض ... إذن فإننى أعتقد ... وأشعر ... " وبعد ذلك يطلب من المريض استثناءات ومتناقضات مع كل افتراض .

وفى الجلسة التالية يقوم المعالج بمراجعة الواجب المنزلى لافتراضات المريض بهدف البحث والتفتيش عن المعتقدات الضمنية التى تسبب اضطراب صورة الجسم حتى يفهم جوهر الحقيقة ، ويجب تجنب الهجوم على عبث افتراضات المريض وعدم معقوليتها أو تنافيها مع المنطق .

وهذه المقتطفات من الجلسة بين المعالج والمريضة التى وافقت بشدة على الافتراضين الثالث والسابع من قائمة الأبنية المعرفية للمظهر ونصهما " يُعبر المظهر الخارجى للفرد عن شخصيته ، ومظهرى هو المسئول إلى حد كبير عن الكثير عما يحدث لى من معاناة " .

المعالج : أنت تقولين إنك تعتقدين أن مظهر الشخص الخارجى يعتبر علامة لشخصيته . هل يمكنك أن تتذكرى استثناء لهذا الاعتقاد ؟ ربما أنك قد قابلت شخصية ما وكونتِ عنها انطباعاً أولياً يعتمد على مظهرها ، ولكنك اكتشفت بعد ذلك أن مظهرها الخارجى لا يعكس ما تبدو عليه هذه السيدة فى الحقيقة .

المريضة : نعم هذا ما حدث لى عدة مرات فإننى أتذكر أننى قابلت امرأة جميلة ذات مرة فى إحدى الندوات ، وفى الحال اعتقدت أنها بلهاء فأنت تعرف هذا النموذج المتكرر ، وبعد ذلك تقابلت أنا وهى فى السوبر ماركت وتحدثنا معاً لفترة من

الوقت ، وقد أعجبت بها فى الحقيقة فكانت تبدو ذكية ودودة ، ومن الواضح أننى كنت مخطئة فى اعتقادى الأول عن شخصيتها .

المعالج : إذاً فالحكم على الكتب من غلافها الخارجى يمكن أن يكون حكماً غير دقيقاً ، سأراهن بأنك لو فكرتِ فى ذلك فسوف تخرجين بالكثير والكثير من هذه الأمثلة ، والشئ المهم هو أن يكون لديك دليل فعلى استثنائى لما تعتقدين فيه ، والآن أريد منك أن تفكرى فى كيفية احتمال تطبيق هذا الاعتقاد عليك وعلى مظهرك ، وهل مظهرك الخارجى يعتبر بالضرورة انعكاساً لشكلك من الداخل ؟ .

المريضة : تبتسم لقد فهمت الأمر فلنا أحتاج أن أسأل نفسى عندما أقوم بعمل هذه الافتراضات العامة ، وهناك مشكلة وفقاً لهذا الافتراض تنطبق علىَّ وهى أن مظهرى لا يوحى بأى شئ عن ذلك .

المعالج : بالضبط فأنت أفضل بكثير مما تبدين أو مما يوحى به مظهرك ، وما يجب عليك أن تفعليه الآن أن تدونى ما تفكرين فيه أو ما يسيطر عليك ، وما شعورك عندما يسيطر عليك هذا الافتراض ؟ ، وسوف يعطيك هذا فكرة جيدة لكيفية عمل هذه الافتراضات ضد مصلحتك ؟ وأيضاً قومى بعمل قائمة تدونين فيها الافتراضات التى تتحدى هذا الاعتقاد وأريد منك أن تصبحى على ألفة ودراية بهذه الافتراضات عن طريق قولها بصوت عال لنفسك .

المريضة : قامت بكتابة هذه العبارات التالية للتحدى : إن شخصيتى ليس لها علاقة بمظهرى أو بالطريقة التى أبدو عليها وأننى

أعبر عن واقعى الحقيقى فى أفعا لى وهذا ما يلاحظه الآخرون فى ، وبالنسبة للافتراض الثانى المتعلق بمظهرها ذكرت أننى خجولة ولد ىّ حياء وافتقد موهبة التقرب أو التودد إلى الآخرين ، وليس هذا بسبب مظهرى ، وفى استطاعتى أن أغير سلوكى وأتخلص من هذا الخجل أو الحياء ، وبممارسة هذه التحديات لافتراضاتها أصبحت تعتقد بدرجة أكبر فى معتقداتها الجديدة ، وأصبح لديها القدرة على أن تتنبأ مسبقاً بالمحنة أو الضيق أو الشدة والافتراضات الخاطئة فى مواقف سلوكية أو حياتية معينة .

الخطوة الخامسة : اكتشاف وتصحيح الأخطاء المعرفية :

تركز هذه الخطوة على الحديث الذاتى الناقد الذى يسبب مشاكل ومتاعب للمريض تتمثل فى الكرب أو الضيق الذى يتعلق بعدم الرضا عن الجسم ، وفى هذه الخطوة يتم استخدام عدد من الاستراتيجيات المعرفية التى تساعد المريض على تصحيح الأفكار الخاطئة التى تتعلق بمظهره ومنها :

1- أن يتعلم المريض تحديد الأخطاء المعرفية التى تتعلق بصورة الجسم ، ويكون استراتيجيات لتصحيح هذه الأخطاء بالمزيد من الحوارات الداخلية العقلانية ، ويقوم المعالج بإعطاء المريض وصفاً وأمثلة لكل خطأ من الأخطاء ، وفيما يلى عرض لأخطاء صورة الجسم المعرفية مع ملاحظة أنه تم إعطاء الأخطاء أسماء مفيدة بطريقة مصطنعة تساعد على التذكر على سبيل المثال الجمال أو القبح بدلاً من التفكير الثنائى .

- الجمال أو القبح :

تفكير ثنائى أو تفكير مزدوج عن مظهر الفرد إما جذاباً أو قبيحاً ، نحيفاً أو بديناً ، قصيراً أو طويلاً ، أنيق المظهر أو مبهدل ...الخ . **المثل الأعلى غير الحقيقى :**

مقارنة مظهر الفرد بمعايير الكمال أى النماذج والتوقعات الذاتية العالية .

- **عدسة مكبرة :**

تركيز شديد على العيوب التى يتم إدراكها ذاتياً .

- **عقل أعمى :**

التقليل إلى الحد الأدنى أو تدنى التقديرات الجسميۃ للفرد .

- **تعميم القبح :**

تعميم عدم الرضا على جوانب متعددة من مناطق الجسم .

- **لعبة اللوم :**

الاعتقاد بأن مظهر الفرد هو السبب فى وجود بعض الأحداث أو النتائج غير المرغوب فيها .

- **سوء قراءة الذهن :**

عرض لأفكار الفرد السلبية عن صورة جسمه عن طريق الافتراضات القائمة على ما يجب أن يفكر فيه أو يعتقده الآخرون .

- **التحدث عن سوء الحظ :**

الاعتقاد بأن المظهر الذى يبدو عليه الفرد سيؤدى إلى نتائج سلبية وخاصة فى المستقبل .

- **التقيد بالجمال :**

الاعتقاد بأن المظهر الذى يبدو عليه الفرد يعوق أو يمنع الفرد من الاشتراك فى أنشطة معينة .

- **الشعور بالقبح :**

الاعتقاد بأن الفرد ذو المظهر القبيح يبدوا فى الواقع قبيحاً .

- مرآة متقلبة المزاج :

تعميم المعتقدات السلبية والحالة المزاجية غير المرتبطة بالمظهر على المظهر الجسمى .

2- يقوم المعالج بإعطاء تدريبات ونماذج لمساعدة المريض على أن ينمى أو يطور استراتيجيات الحديث الذاتى الناقد بطريقة نموذجية من خلال كتابة العبارات الذاتية والتفسيرات التى تعكس كل خطأ ، ويلى ذلك عمل مناقشة مضادة للنواحى موضع الجدل أو الخلاف أو لكل عبارة من العبارات التى تعكس الأخطاء .

3- أثناء الجلسة التالية ، يقوم المريض والمعالج بالإسهاب أو التوسع فى التدريب على هذه المناقشات أو المجادلات ، ويعمل المعالج على جعل المريض يقر أ بصوت عال مناقشاته المضادة الجديدة من أجل التفكير الصحيح ولإعداد المريض للمراقبة ال ذاتية العملية ، وإعادة البناء أو التركيب المعرفى ، ثم يقوم المعالج بتقديم استراتيجية لتوقف التفكير السلبى متبعاً الأسلوب الفنى أو طريقة " توقف وأنظر واستمع " التى تشير إلى :

أ- التوقف عن الحديث الذاتى السلبى .

ب- النظر إلى الأحداث المنشطة أو المحفزة والحديث الذاتى الخاص غير التواؤمى وذلك لتمييز الأخطاء المعرفية الفطرية أو الملازمة التى تحدث تفاعلات عاطفية أو انفعالية لصورة الجسم .

جـ- الاستماع أو الإنصات إلى عبارات ذاتية أكثر عقلانية ودقة وأكثر إصلاحاً وتقويماً والتى تناقش الأخطاء وتعارضها .

4- يطلب المعالج من المريض أن يسجل على شريط كاسيت الحوارات الخاصة بالتفكير الإصلاحى ويستمع إليها يومياً وذلك لتسهيل عملية اكتسابها .

5- أثناء هذه المرحلة من العلاج من المحتمل أن يواجه المعالج معارضة أو مقاومة من المريض وربما يتم الاحتياج فى هذه الحالة إلى طرق إبداعية لتبسيط حفظ المفكرة اليومية بالنسبة للمرضى الذين لا تصدر عنهم شكاوى أو معارضة على سبيل المثال التسجيل على شريط كاسيت بدلاً من الكتابة ، ويجب على المعالج أن يساعدهم فى :

أ- النظر إلى عملية إعادة البناء أو التركيب المعرفى على أنها عملية شخصية ومعقدة وليست مجرد التفكير فى أفكار سعيدة .

ب- إضع اف التعزيزات المعرفية الوجدانية ومنها على سبيل المثال أنا غير سعيدة للغاية بمظهرى لدرجة أننى لا أستطيع أن أغير طريقة تفكيرى .

جـ- فهم التغييرات المعرفية التى تؤدى إلى حدوث تغييرات عاطفية أو انفعالية تدريجية لصورة الجسم وليست تحولات فورية من السئ إلى الأحسن .

د- إرجاء شكهم الذى يمكن فهمه لفترة قصيرة لكى يسمحوا لأنفسهم بفرصة سانحة أو مواتية ليكون لديهم تجارب إيجابية عن صورة الجسم .

والتدخلات المعرفية التى يتم التركيز عليها بطريقة مكثفة فى الجلسة والتى تحدث تحولات إيجابية لدى المرضى ربما تكون مُحفزات ذات قيمة كبيرة للامتثال أو القبول ، ولا ينبغى على المعالجين أن يأخذوا الامتثال على أنه شئ

مسلم به وذلك بإهمالهم التعزيز بالنسبة للمرضى ، والحالة التالية توضح بعض الطرق التى يجب استخدامها فى هذه المرحلة من العلاج .

" ع " فتى يبلغ من العمر 25 عاماً ولديه ضيق شديد بشأن فقدان شعره (الصلع) ، وقد أوضح هذا الفتى للمعالج أن الصلع يحدث لديه مشاعر تتعلق بالاشمئزاز والضيق والاكتئاب أو انكسار النفس بشأن مظهره .

المعالج : هل يمكن أن تتذكر حالات أو أمثلة لحديثك الجس مى الخاص الذى يعكس ذلك ؟

المريض : أننى أحملق فى المرآة إلى مكان الصلع و أشعر بالاكتئاب لأننى أعتقد أن ذلك يجعلنى أبدو أكبر سناً ، وأننى أتساءل و أندهش كم يبدو عمرى ولهذا أنظر بإمعان وتدقيق إلى التجاعيد التى تحت عينىَّ ، وأفكر فى الطريقة التى تُنبِىء بها هذه المناطق جميعاً عن عدم جاذبيتى ، وكل هذه الأشياء تشعرنى بالمزيد من الاكتئاب ، وال تقدم فى العمر ، والازدياد فى القبح وعدم الجاذبية .

المعالج : إن ما تفعله يعتبر تفكيراً فى تعميم القبح وعدم الرضا عن الجسم ، ولقد بدأت بقمة ر أسك ، وبعد ذلك بدأت فى البحث عن أى علامات أخرى فى أى مكان فى جسمك أى البحث عن المتاعب وهذا يعنى أنك تعدد العيوب التى فى جسمك .

المريض : حسناً مثلما قلت أنه البحث عن المتاعب فقط ، أو البحث عن أى شئ أستطيع أن أجده ليساعدنى على أن أكون يائساً أننى لا أستطيع أن أذهب إلى أى مكان لأننى فى حيرة من

أمرى وأحاول أن أتخلص من ذلك قبل أن يتمادى بى التيار ،
وأشعر بالضيق بشأن كل جانب من جسمى بشكل خاص وهذا
أمر صعب للغاية .

المعالج : أننى أعرف أن ذلك صعب ولكنك تملك الإرادة القوية التى تمكنك
من التغلب على هذه الأفكار المدمرة وينبغى أن تتوقف عن فحصك
المضنى لجسدك للبحث عن أى شئ تكرهه ، وعليك أن تتخلص من
هذه الأفكار حتى تكون منصفاً لنفسك ؟ .

المريض : أنا أحتاج بالفعل إلى أن أدرك أن هذا غير عادل ، وأننى فى
حاجة إلى أن أركز على حقيقة أننى أحب بنيتى أو شكل
جسمى ، وذلك لأننى أعمل وأنجح بطريقة منتظمة ، وكونى
أصلعاً فإن هذا لا يعنى أننى كبير السن فأنا أكره فقدى
لشعرى ويجب أن أتخلص من هذه الفكرة أو أترك هذا الأمر
على علته وأبتعد عن هذه المرآة الملعونة .

وأثناء الجلسة جعل المعالج المريض يقف أمام مرآة ويفصح عن أفكاره غير الملائمة التى تعكس هذا التفكير ويتدرب بصوت عال على التفكير الإصلاحى وطلب منه أن يكتب فى مفكرته عندما يعود إلى البيت الحوارات الإصلاحية لأخطائه المعرفية .

وقام هذا الفتى بذكر أنه سيقارن نفسه بالأفراد الذين فى مثل سنه والذين لديهم شعر كثيف ونتيجة لذلك شعر بأنه واع بذاته وأنه أفضل منهم فى أمور كثيرة وقرر أن يستخدم هذه الحجج المضادة لكى يتخلص من ضيقة ، وعندما انتقل بعد ذلك إلى التركيز على شئ يحبه فى نفسه ولا يملكه الكثيرو ن من ذوى الشعر الكثيف مثل حاسة المرح ،

وروح الدعابة ، وأنه لاعب كره محترف ، وبنيته قوية ، وأنه أكثر طولاً ، وأن رجالاً كثيرون أصغر سناً منه فقدوا شعرهم والبعض الآخر أصلع منه ؛ ولذلك تكون لديه اعتقاد صحيح بأنه عادى بدرجة كبيرة وأفضل إلى حد كبير من الكثيرين .

الخطوة السادسة : تعديل أوجه السلوك الانهزامية للذات المتعلقة بصورة الجسم

يتم التركيز فى هذه الخطوة على أوجه السلوك غير التواؤمية المصاحبة لصورة الجسم السلبية بهدف إخفاء العيوب المدركة ، ومن ثم البحث عن الطمأنينة الاجتماعية ، وعلى الرغم من أن ذلك يساعد على الإبقاء على عدم الرضا عن صورة الجسم إلا أن عملية التزين أو التجميل لإخفاء العيوب الجسمية التى تتمثل فى ارتداء ملابس معينة أو استخدام أدوات التجميل أو عمل تسريحة أو فورمة معينة للشعر أو الاهتمام بالهندام عن طريق الفحص المتكرر للمظهر أمام المر آة تعدل أوجه السلوك الانهزامية المتعلقة بصورة الجسم ، وفى هذه الخطوة أيضاً يتم تطبيق سلسلة من الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية وذلك لتقليل أو خفض الأنماط التجنبية والقهرية وتقوية سيطرة المرضى عليها ومن هذه الاستراتيجيات ما يلى :

١ - يقوم المعالج بمساعدة المريض فى التعرف على أوجه السلوك غير التواؤمية لصورة الجسم التى تسبب انهزام الذات .

٢ - يقدم المعالج العون للمريض لكى يقوم ببناء ترتيبات أو تدرجات تصاعدية لكل من الأنماط أو النماذج ، وهناك ترتيبات للسلوكيات التجنبية ، إحداهما للممارسات والأشخاص والأماكن التى يتم تجنبها ، والأخرى من أجل التزين بغرض الإخفاء أو التمويه ، ويتم ترتيب هذه البنود أو الفقرات حسب توقعات كفاءة المريض من

صفر (عدم وجود ثقة) إلى 100 (وجود ثقة مطلقة أو كاملة) بمعنى أن المريض سيكون لديه القدرة على أن يواجه أو ينفذ أى شئ تم تجنبه وعلى نفس المنوال يقوم بترتيب السلوكيات القهرية التى يستطيع أن يمتنع عن أدائها فى ظل الظروف عالية الاحتمال ، وقبل محاولة تغيير هذه السلوكيات يتم تعليم المريض استراتيجية مستمدة من التدريب المتعلق باكتساب المريض مناعة ضد التوتر أو الانعصاب Training Inoculation - Stress وهذه الاستراتيجية الذاتية تتضمن أربع خطوات هى :

- الإعداد والتدريب على خطة محددة لمواجهة التجنب ومقاومة العادات أو الطقوس التى كان يتبعها المريض .
- العمل وفقاً للخطة .
- المجاهدة وذلك باستخدام أسلوب الاسترخاء والتفكير الإصلاحى أو الصحيح للتصرف حيال أى مضايقة .
- الاستمتاع (مكافآت الذات التى يتم تحديدها مسبقا ً) .

ويرمز للاستراتيجية السابقة بالرمز (PACE) أو PACE Yourself

P ترمز إلى الاستعداد Prepare .

A ترمز إلى العمل أو الفعل Act .

C ترمز إلى المجاهدة Cope .

E ترمز إلى الاستمتاع Enjoy .

3- يقوم المريض بتطبيق الاستراتيجية السابقة لمواجهة كل فقرة فى سلسلة أو ترتيب التجنب والتزين للإخفاء أو التمويه على أى ت شوه لصورة الجسم ، وبعد كل محاولة يقوم بملاحظة النتائج ويدونها فى

مفكرته اليومية وبتكرار ذلك وبهذه الطريقة يتحرك المريض إلى أعلى فى الترتيب الهرمى أى من الأنشطة الأسهل إلى الأنشطة الأصعب .

4- يتم اتباع طريقة تدريجية مشابهة لتنفيذ استراتيجيات التعريض ومنع الاستجابة وذلك من أجل تقليل الانشغال الشديد بالمظهر والأشياء المعتاد عملها بطريقة قهرية ، ويقوم المريض والمعالج بوضع خطط تفصيلية تشتمل على التحكم فى هذه العادات عن طريق التكنيكات الخاصة بالإرجاء أو التقيد الخاص بالوقت ، وتحديد مقدار معين للتكرار ، ووضع جدول لأوجه السلوك التى تتطلب الإصلاح والضبط أو المراجعة ، وخلال هذه العملية يستخدم المريض استراتيجية PACE ويقوم بدمج المهارات التى تعلمها من قبل فى سبيل تحقيق أغراض هذه العملية .

وهذه المرحلة للعلاج المعرفى السلوكى يتم توضيحها عن طريق حالة " س " وهى امرأة جذابة تبلغ من العمر 37 عاماً وأجريت لها عملية استئصال الثدى منذ أقل من عام مضى ، وعلى الرغم من أن الورم السرطانى لديها قد تم استئصاله بنجاح إلا أنه نمى لديها صورة سلبية للجسم بعد إجراء الجراحة وفضلت أن تؤجل الجراحة الخاصة بإعادة تركيب ثدى واشترت سوتيان كبديل للثدى ونادراً ما كانت ترتديه ، ومحنتها المتعلقة بصورة الجسم كان يصاحبها العديد من السلوكيات التجنبية ، وممارسة العادات التى تدل على الإحباط والتى حددتها ، وفيما يلى جدول يوضح الترتيبات أو البناء الهرمى لأوجه السلوك

الثلاثة الرئيسية المتعلقة بصورة الجسم ، وما يندرج تحتها من سلوكيات فرعية تسبب انهزام الذات للحالة السابقة .

جدول (1)

الترتيبات أو البناء الهرمى لأوجه السلوك المتعلقة بالجسم والتى تسبب انهزام الذات

أوجه السلوك المختلفة التى تسبب انهزام الذات
● **تجنب ممارسات معينة :** – النشاط الجنسى مع الزوج . – وجود آخرين يسألونها عن استئصال الثدى . – الذهاب إلى حمام السباحة .

- الاشتراك فى الرقص الايقاعى .
- قياس الملابس فى المتجر أثناء شراؤها .
- احتضان الأصدقاء .
- الحفاظ على أوضاع للمناظر الجانبية أمام الآخرين .

● **أوجه سلوك للتزين من أجل التمويه :**

- ارتداء قميص نوم غير شفاف أثناء النوم .
- ارتداء البلوزات والسويترات الواسعة فقط .

● **ممارسة عادات معينة من أجل الإصلاح أو الضبط :**

- فحص المظهر بطريقة زائدة عن الحد أمام المرآة فى البيت .
- فحص المظهر بطريقة زائدة عن الحد فى المرآيا بعيداً عن البيت .
- تغيير قطع الملابس العلوية أو التى تلبس أعلى الجسم وذلك بطريقة متكررة قبل الخروج للظهور أمام الآخرين .

والمقتطفات التالية استمدت من جلسة مع المعالج قامت فيها المريضة بالتعامل مع فقرات معينة من ترتيباتها ، وتشير إلى قدرة المريضة على مواجهة التجنب وضبط أو مراجعة السلوكيات التى تصدر عنها .

المعالج : دعينا نقرر استراتيجية للتعامل مع السلوك التجنبى الذى سيكون من السهل التصدى له أو مجابهته ، فهل يمكنك أن تفكرى فى كيفية مواجهة ذلك ؟ اختارى وقتاً ومكاناً لكى تبدئى فى مواجهة ذلك وما الأفكار والمشاعر السلبية التى من المحتمل أن تظهر فجأة ؟ .

المريضة : استطعت أن أحاول الوقوف حتى يرى زملائى فى العمل الصورة الجانبية لجسمى عندما أذهب إلى الكافتيريا التى أتناول فيها الطعام كل يوم ، وهذا مكان واحد حيث أكون مدركة جيداً للكيفية التى أظهر

بها أمام الآخرين ، وفى العادة يوجد العديد من الأفراد الذين يتحدثون فى هذا الموضوع فإحدى زميلاتى تنظر إلى صدرى المستوى وتشعر بالأسف نحوى ، ثم تذهب للتحدث مع الأخريات على أنه من المفروض أن تجرى لى جراحة تركيبية لتحسين صورتى ، وأنا فى هذه اللحظة أحاول أن أبحث عن مجلة وأمسك بها لتخفى صدرى .

المعالج : حسناً إن هدفك سيكون هو المحافظة على هذا المنظر الجانبى دون تجنبه أو تغطية صدرك ، والآن فكرى فى الطريقة التى يمكن أن تظهرى بها وتكونين مستعدة لذلك ، وكذلك فى الطريقة التى يمكنك أن تتعاملى بها مع أى ضيق أو كرب تتوقعين أنه ربما يحدث .

المريضة : مقدماً أستطيع أن أتخيل نفسى وأنا أفعل ذلك ، وأتخيل الشعور بالثقة الناتج عن ذلك ، وأستطيع أن استخدم التكنيكات الخاصة التى قد تعلمتها ، ولكى أتوقف عن الخطأ فى إساءة قراءة ذهنى أستطيع أن أخبر نفسى أنه من السخافة أن أعتقد أن الآخرين ينظرون إلى صدرى فلديهم أشياء تشغلهم أو يقومون بها بالإضافة إلى أنه حتى لو لاحظوا صدرى فماذا سيحدث ؟ ، إنه ليس بالسر الكبير أنه تم لى إجراء جراحة لاستئصال الثدى ، ويجب أن أبتهج واستمتع بحياتى واستمع إلى النكات وحكايات الآخرين واشترك فيما اعتدت عليه وفى هذه الحالة ستكون حياتى أكثر متعة .

المعالج : عظيم أستطيع أن أخبرك أنك تمارسين الآن تفكيرك الإصلاحى الجديد لكى تتحكمين فى حديثك الخاص عن جسمك ، واستخدام

التخيل والاسترخاء سيفيدك فى ذلك ، ولكننى أتساءل إذا كان بإمكانك أن ترين افتراض للمظهر يكمن هنا .

المريضة : أنت على حق ، فإننى افترض أن الخطأ الذى يتعلق بمظهرى هو الشئ الملحوظ بدرجة أكبر بالنسبة لى ، وبالطبع فإن الأمر ليس كذلك بالنسبة للآخرين ، بالإضافة إلى أنهم يعرفون كيف أبدو ومازالوا يحبوننى وإذا كانوا متضايقين فإنه من المحتمل أن ذلك يرجع إلى سبب ضيقى أو عدم ارتياحى ، وإذا كنت قادرة أن أتحدث عن عملية استئصال الثدى التى أجريت لى فإننا سوف نكون جميعاً أقل توتراً ، ولكن هذا شئ لست مستعدة له ، ففى الوقت الحالى أفكر فى أننى سأبدأ بعدم تجنب الكافتيريا لمدة 5 دقائق كل يوم .

المعالج : إن الأمر يستغرق وقتاً قليلاً ، دعينا فقط نقوم بعمل هذه الخطوة فى مرة واحدة ، فالحديث مع الناس والاختلاط بهم فى الكافتيريا لمدة خمس دقائق كل يوم سيساعدك كثيراً ، أريد منك أن تتدربى على خطتك من الناحية العقلية لمدة يومين ، وبعد ذلك تحددين تاريخ البدء ، وربما تريدين أن تضيفى المزيد من بعض العبارات الذاتية بشأن قبول أى ضيق أو كرب ربما تشعرين به عندما تقفين بصورة جانبية بين زملائك وتعرفين أن هذا الضيق أو الكرب سوف يمر بسلام ، إذن كيف ستكافئين نفسك على معالجة هذا الموقف ؟ .

المريضة : سأقول لنفسى عظيم أو هائل أننى قمت بهذا العمل ولم يكن سيئاً إلى حد كبير ، وأستطيع أيضاًُ أن أحصل على وجبة خفيفة من

الوجبات المفضلة لى من الماكينة التى توجد بها هذه الوجبات أو أشترى مجلة بعد العمل .

المعالج : حسناً إن هذا يعتبر خطة محددة للتعامل مع تجنب أوضاع المنظر الجانبى استمرى فى خطتك بخطى وثيقة ، وتخيلى نفسك إنك تفعلين ذلك فى الحقيقة .

وطورت المريضة استراتيجية PACE مشابهة لسلوكياتها التجنبية الأخرى التى تتضمن التزين من أجل الإخفاء أو التمويه مستخدمة استراتيجيات التفكير الإصلاحى والتصور الايجابى للمجاهدة ومهارات الاسترخاء ، وشاركت أيضاً فى حل مشكلة الإحجام أو التجنب الجنسى مع زوجها وسألته أن يساعدها فى تجارب التعرض التدريجى التى ستساعدها على الاسترخاء والاستمتاع باللمسات الرقيقة ، وبالنسبة لعاداتها فقد اختارت أن تحدد لنفسها تغيير بلوزتين فقط قبل مغادرة المنزل وأن تحد باستمرار وبطريقة تدريجية من الوقت الإجمالى لفحص نفسها أما المرآة من 30 دقيقة إلى 5 دقائق وقررت أن تتأخر لمدة 5 دقائق قبل البحث عن مرآة فى الأماكن العامة حينما تحس بالدافع إلى فحص أو ضبط مظهرها ، ووجدت أنها إذا شتتت أو صرفت ذهنها فى شئ تقرأه فإن دافعها إلى فحص مظهرها سوف يقل أو يهدأ ، وبعد عدة أسابيع من التدريب وتنفيذ خطتها ، شعرت بأن لديها مزيداً من السيطرة على سلوكها ، وذكرت فى مفكرتها اليومية أنها تستمتع بالحياة بدرجة أكبر لأنها أصبحت أقل خجلاً وأقل تقييداً فى أنشطتها الاجتماعية ، وانضمت إلى مجموعة للدعم أو المساندة لكى تتحدث مع وتساعد النساء الأخريات الذين أجريت لهم جراحة لاستئصال الثدى فى الفترة الأخيرة .

الخطوة السابعة : تحسين صورة الجسم عن طريق الضبط البدنى وأنشطة السرور أو المتعة :

الخطوات الست السابقة كان هدفها تصحيح الأنماط أو النماذج السلوكية والمعرفية السلبية ، وفى هذه الخطوة يشترك المريض أو المريضة فى تدريبات ليزيد أو تزيد من تجاربها الإيجابية مع الجسم بهدف تحسين علاقة المريض فى تعامله مع جسمه أو جسمها بطريقة صحيحة ، وبذلك ينمو لدى المريض إحساس بالصحة أو اللياقة يؤدى فى النهاية إلى خلق إحساس بالتمكن أو السيطرة وتكوين علاقة إيجابية بين الجسم والذات ، وأثناء التدريب يحث المعالج المريض أو المريضة على تنفيذ أعمال إيجابية خلاقة بدلاً من التركيز على فقدان أو إنقاص الوزن وذلك لتحسين الأفكار والمشاعر المحببة التى تتعلق بصورة الجسم ، ومن هذه التدريبات ما يلى :

١ -يقوم المريض أو المريضة باستكمال المسح الخاص بالأنشطة البدنية الموجبة Survey of Positive Physical Activities ليحدد تكرار الأنشطة المتعددة المتعلقة بالجسم خلال السنة الماضية ، ويقوم المريض بتقدير مقدار التمكن أو التفوق (أى الإنجاز المتعلق بالهدف) والسرور أو المتعة (أى الاستمتاع) المستمد من كل نشاط ويقدم لنا الجدول التالى قائمة بهذه الأنشطة .

مسح الأنشطة البدنية الموجبة Survey of Positive Physical Activities

إعداد : كاش Cash (1995 ب)

يعرض عليك فيما يلى مجموعة من الأنشطة البدنية .

المرجو منك :

قراءة هذه الأنشطة بدقة ثم قم بتقدير عدد مرات اشتراكك فى كل نشاط من هذه الأنشطة خلال السنة الماضية ، وبعد ذلك قم بتقدير مقدار التمكن أو التفوق ، ومقدار السرور أو اللذة التى شعرت بها .

م	النشــاط	عدد مرات التكرار (الحدوث)				تجربة التمكن أو التفوق				تجربة السرور أو اللذة			
		أبدا	مرة واحدة	باعتدال	دائما	لا يوجد	إلى حد ما	معتدل	دائما	لا يوجد	إلى حد ما	معتدل	دائما
		0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
1	استخدام الآلات الرياضية للتدريب												
2	السباحة												

3	لعب كرة السلة أو كرة اليد أو التنس أو الراكت												
4	أخذ حمام دافئ بهدف الاسترخاء												
5	ارتداء الملابس الكاجوال المفضلة												
6	تسريح الشعر بطريقة ناعمة وسهلة												
7	الاسترخاء فى البانيو وهو مملوء بالماء والشامبو												
8	وضع الماكياج												
9	الرقص الجماعى												
10	ركوب دراجة												
11	تجميل وطلاء الأظافر (المانيكير)												
12	تدليك الجسم أو عمل مساج												
13	إجراء عملية تجميلية للوجه												
14	المشى بسرعة لفترات طويلة												
15	استخدام الكولونيا والعطور												
16	القيام بأداء تمرينات رياضية لتحسين القوام												

2- يوضح المعالج أن الأفراد يختلفون فيما يتعلق بالطريقة التى ربما ينظرون بها إلى أنشطة معينة ويختار المريض أو المريضة نشاطين أو ثلاثة أنشطة للتمكن أو التفوق ، وللسرور أو المتعة ، وبعد ذلك يبدأ فى وضع جدول للاشتراك فى نشاط أو نشاطين فى اليوم ويقوم بتسجيل التمكن أو التفوق ، أو السرور أو المتعة التى مر بها مع كل نشاط .

3- يراجع المعالج مع المريض نتائج هذه الأنشطة ويقوم بتعزيز قدرات المريض المتعلقة بالتنظيم الذاتى ؛ وذلك لتوسيع أو زيادة مصادر الخبرات الإيجابية المتعلقة بالجسم ، وإذا كان لدى المريض صعوبة فى تنفيذ أى نشاط يساعده المعالج فى تطوير استراتيجيات معرفية وسلوكية مناسبة للتغلب على الصعوبة فى التنفيذ .

4- بعد ذلك يقوم المعالج والمريض بتطوير تدريبات إضافية تتعلق بالتجربة أو الخبرة وذلك لتقوية أو زيادة صورة الجسم الإيجابية فمثلاً يمكن أن يشترك المريض أو المريضة فى تدريب لكتابة الأخطاء للمساعدة فى تغيير الاتجاه نحو الجسم ، وفى هذا التدريب يكتب المريض أو المريضة خطاباً لجسمه أو جسمها فى محاولة لتحسين العلاقة بينهما ، ويستطيع المعالج أن يقدم أمثلة ويشرح أنه على المريض أن يفكر فى الخطاب على أنه كتابة لصديق بعيد يريد أن يجدد الاتصال به ويبدأ معه صداقة جديدة .

5- وهناك تمرين آخر عنوانه " أننى سأصبح " يتطلب هذا التمرين من المريض أو المريضة أن يوضح الكيفية التى سيفكر بها ويشعر بها ويتصرف بالفعل ثم يرسم المريض فى ذهنه صورة معينة لجسمه ، وفى تمرين يتصل بذلك يقوم المريض أو المريضة بإجراء تعامل أو معالجة خاصة يوماً واحداً كل أسبوع لجانب محبب معين من جسمه أو جسمها ، وهذه المرحلة للعلاج المعرفى السلوكى يتم توضيحها عن طريق حالة " هـ " وهى طالبة أنهت تعليمها الجامعى وتبلغ من العمر 22 عاماً وتشعر أنها أهملت جسمها خلال السنة الماضية نظراً للساعات الطويلة التى كانت تقضيها فى المذاكرة ،

وعند تكملتها لمسح الأنشطة البدنية الموجبة اكتشفت أنها فى السنة الماضية اشتركت فى بعض الأنشطة العقلية المتعلقة بالناحية البدنية التى أعطتها إحساساً بالتمكن أو التفوق ، أو السرور والمتعة ، وبالتالى قررت أن تزيد من عدد مرات الأنشطة التى تتعلق باللياقة البدنية أو الصحة فكانت تمشى لساعات طويلة أو لمسافات طويلة وتلعب التنس وتشترك فى صالة للجمانيزيوم ، وكانت الأنشطة الحسية المتضمنة فى قائمتها تشتمل على الرقص وأخذ حمام ساونا للاسترخاء ، واستخدام عطرها المفضل ، وتدليك بشرتها بال كريم المناسب ، بينما كانت الأنشطة المتعلقة بمظهرها تتضمن استخدام طلاء الأظافر ، وعمل تسريحة جديدة لشعرها وارتداء ملابس ملونة وزاهية بدرجة أكبر .

المعالج : لقد قمتِ فى الأسبوع الماضى بعمل قائمة للأنشطة البدنية التى اعتقدتِ أنها ستعطيكِ إحساساً بالتمكن والتفوق والسرور أو اللذة . إلى أى مدى كان استخدام هذه الأنشطة مفيداً بالنسبة لك ؟ .

المريضة : حسناً كما يتضح من تسريحة شعرى الجديدة ، قمت بعمل العديد من الأشياء التى أدرجتها فى قائمتى ، وشعرت بإحساس طيب أثناء عمل ذلك ، وبعد ذلك قمت بتقدير إحساسى بالتمكن أو التفوق الذى كان عالياً فى أغلب الأحوال ، ولكن كان لدى متاعب أو صعوبات فى تنفيذ بعض تدريبات اللياقة الصحية .

المعالج : لقد قم تِ بالفعل بعمل الكثير من الأشياء وتسريحة شعرك الجديدة تبدو رائعة فلماذا تعتقدين أن لديك مشاكل أو متاعب فى أنشطة التدريب البدنى ؟ .

المريضة : لقد خططت أن أذهب إلى صالة للجمانيزيوم ولكننى لم أذهب لأنه لم يكن عندى رداء مناسب لأرتديه أثناء ممارسة الألعاب الرياضية لأن الموجودين سيرتدون بالطبع ملابس جميلة ومناسبة ، ولكننى اعتقدت أننى سأبدو قصيرة وسمينة .

المعالج : إن حديثك الذاتى أو الخاص لجسمك يبدو مألوفاً أليس كذلك ؟ .

المريضة : نعم أنه يتمشى مع اعتقادى القديم بأنه يجب دائماً أن أبدو فى أحسن صورة أو أحسن حال كما يتمشى مع ميلى إلى مقارنة مظهرى بمظهر الآخرين ، وأستطيع أن أرى أ ن خطئى الذى يقتصر على الناحية الجمالية يجعلنى أسيرة فى البيت فى بعض الأحيان .

المعالج : هذا شىء جيد ولكن إذا كانت معتقداتك وأفكارك تمنعك من القيام بما تريدين عمله ، فما هو الحل ؟ .

وعندما أدخلت " هـ " استراتيجيات التفكير الإصلاحى فى خططها لتحسين فكرتها عن جسمها ، وجدت أنها كانت قادرة على أن تشترك فى جميع الأنشطة المدرجة فى قائمتها فكتبت خطاباً لجسمها اعتذرت فيه عن إهمالها له خلال السنة الماضية ووعدت أن تعطى مزيداً من الانتباه والاهتمام للأشياء الإيجابية التى من الممكن أن يقدمها لها ، ورغم أنها شعرت بالسخافة إلى حد ما فى بادئ الأمر إلا أنها مارست بعض السلوكيات المتعلقة باستخدام المرآة والخاصة بافتراضات المظهر التى وجدت أنها تتدخل أو تتعارض مع جدولها

الخاص بالنشاط ، وقررت أيضاً أن تعطى نفسها المانيكير كل ليلة جمعة أثناء مشاهدتها لبرنامجها المفضل فى التليفزيون ، ووجدت أن التدريبات الخاصة بتحسين صورة جسمها أصبحت طر قاً هامة بالنسبة لها للاستمتاع بجسدها وتوسيع أو ازدياد صورة جسمها فيما وراء المظهر .

الخطوة الثامنة : منع الانتكاس والمحافظة على تغييرات صورة الجسم :

هذه هى الخطوة النهائية للبرنامج وفيها يقوم المريض أو المريضة بتقييم مدى تقدمه أو تقدمها فى إحداث تغييرات موجبة لصورة الجسم ، وكذلك تطوير استراتيجيات معينة للوقاية والمداومة أو المحافظة عليها وذلك بالتعامل بفاعلية مع المواقف ذات المخاطر العالية والنكسات المحتملة أو الممكنة الحدوث .

١ - يقوم المعالج فى هذه المرحلة بمراقبة التقدم المعرفى والوجدانى والسلوكى للمريض مستخدماً سجلات المفكرات اليومية والتقديرات المختارة التى تم إعطائها قبل العلاج ، كما يقوم بإعادة إجراء جميع التقديرات المتعلقة بمرحلة ما قبل العلاج ، ولتسهيل الإحساس بالإنجاز يقوم المعالج بتعزيز الجوانب ذات التحسن الأكبر والتى كانت مرتبطة بأهداف معينة أو محددة قد حددها المريض .

٢ - بالتعاون معاً يقوم المريض والمعالج بعد ذلك بالتعرف على أو تحديد أى جوانب لمشكلات متبقية ، ويحددون أهدافاً جديدة لصورة الجسم مثل الشعور بدرجة أفضل بشأن مناطق معينة من الجسم أو اكتساب مزيد من السيطرة على الأفكار التى تؤدى إلى الضيق أو الكرب بصفة خاصة وكذلك المشاعر أو المواقف .

٣ -يذكر المرضى غالباً التفاعلات المسببة للمشاكل مع أفراد معينين ، ومنها على سبيل المثال التعليقات النقدية أو الحرجة للأصدقاء أو الأقارب التى تمثل مصدراً مزمناً للصعوبة ونتيجة لذلك فإن وضع نماذج من جانب المعالج عن طريق لعب الأدوار يمكن المريض أو المريضة من أن يتعلم حل المشاكل البين شخصي وكيفية التعامل مع هؤلاء الأفراد .

٤ -إذا كانت الاندفاعات البين شخصية ظاهرة وواضحة فى مرحلة مبكرة من العلاج ينبغى على المعالج أن يتدخل فوراً لكى يساعد المريض على أن يكتسب الوسائل التى تمكنه من أن يتغلب على كل من دأب أن يرمى أو يقذف الإهانات التى تزيد من اضطراب صورة الجسم لديه .

٥ -يساعد المعالج المريض على استخدام استراتيجية (PACE) لكى يتطلع ويبادر ويطور خططاً وقائية تضع فى الاعتبار القابلية الحالية للاضطراب وجوانب النكسات الممكنة أو المحتملة .

٦ -من خلال الجهود التعاونية يقوم المعالج والمريض بالتخطيط لاتخاذ العديد من الإجراءات تجاه المواقف التى تمثل خطورة عالية ، وذلك عن طريق اتباع الاستراتيجيات المعرفية السلوكية التى وجد المريض من قبل أنها مفيدة ، ويقوم المعالج أيضاً بتسوية النكسات المؤقتة على أنها هفوة وليست نكسة ، وعلى أنها إشارات لاستخدام المهارات التى يتضمنها البرنامج ، ووجهة النظر ا لمهمة التى يجب غرسها فى ذهن المريض وهى لا تتعب نفسك بالتفكير فى إنك تمر بوقت صعب .

وهذه المرحلة للعلاج المعرفى السلوكى يمكن توضيحها عن طريق حالة " ت " وهى طالبة جامعية منشغلة انشغالاً زائداً بحجم أنفها الكبير ووجود حب الشباب على وجهها مما يترك أثراً على جلدها ، وبمساعدة المعالج لها تعلمت أن تغير السلوكيات التى تسبب لها الشعور بالضيق ، وقامت باستكمال تقدير لصورة الجسم من جديد بعد انقضاء 12أسبوعاً من العلاج ، وعلى الرغم من أنها أدركت أنها قد أنجزت إنجازاً كبيراً إلا أنها اكتشفت أنها ما زالت تشعر بعدم الارتياح أو القلق إلى حد ما عند رؤية وجهها فى المرآة ، وحددت هدفاً جديداً لكى تشعر بالراحة عند النظر إلى صورتها فى المرآة ، فقامت بتحديد بعض الأنماط التى تسبب لها المشاكل والتى تحتاج إلى مزيد من التغيير ، وبالإضافة إلى ذلك أرادت أن تتعلم كيف تتعامل مع إحدى زميلاتها فى الكلية التى كانت تقوم بردود ساخرة وتعليقات ضاحكة بشأن مظهرها .

المعالج : ما التصرفات التى تقوم بها زميلتك فى الكلية وكيف تشعرين تجاه هذه التصرفات ؟ .

المريضة : تذكر دائماً أقوال مثل أننى أُخيف زملائى عند رؤيتهم لوجهى وأحياناً كانت إحدى زميلاتى تقول لى إن وجهك يشبه البيتزا وتضحك علىَّ دائماً وتقول أنها تمزح فقط وأنه لا ينبغى علىَّ أن أكون حساسة بهذا الشكل ، ولقد اعتدت على الشعور بالأذى أو الضرر ولكننى الآن أصبحت غاضبة جداً وأحاول أن أكظم غيظى وأضبط مشاعرى وأنصرف بعيداً عنها ، ولكننى أظل غاضبة لساعات بعد ذلك .

المعالج : حسناً من الواضح أن زميلتك تتبع أسلوباً وقحاً ، دعينا نخرج بخطة لكى نتعامل بها معها ، من المهم أن تفكرى فى الموقف جيداً

وتخططى مسبقاً لما تريدى أن تقوليه بالضبط ، وما أفضل وقت بالنسبة لكِ للحديث معها ؟ .

المريضة : ليس فى وجود زملاء آخرين ، ربما فى الوقت بين المحاضرات حتى أستطيع أن أدعوها لتتاول فنجاناً من الشاى على الكافتريا .

المعالج : هذا شيء طيب من المهم الآن أن تخبر ى زميلتك بما تقوله لك بالضبط وأن ما تقوله لا يعجبك واستخدمى عبارات تبدأ بالضمير أنا لكى تجعليها تعرف ما تشعرى به بالضبط ، هل يمكنك أن تفكرى فيما تحبى أن تقوليه لها ؟

المريضة : بالطبع أود أن أقول لها أننى أشعر بالضيق والغيظ عندما تسخرين منى ، ومن بشرتى عندما تقولين أن وجهى يشبه البيتزا أو قولك لى أننى أُخيف زملائى وأجعلهم يغادرون المكان الذى أتواجد فيه ، أنا أعرف إنك تنظرى إلى ذلك على أنه مجرد دعابة أو هزار وأن هذا من طبيعتك ولكن بالنسبة لى فإن ذلك يجعلنى أشعر بالإهانة وعدم احترامك لى .

المعالج : وهو كذلك والآن نفكر معاً فى حل معين نستطيع أن نقدمه ، أخبرى زميلتك بدقة بما تريديه منها .

المريضة : أستطيع أن أقول لزميلتى أننى أكلمك كصديقة لى وأرجو منك من الآن فصاعداً أن تَكُفّى عن استهزائك لى أو تُشيرى من قريب أو بعيد إلى بشرتى سواء كنت تمزحين أو لا تمزحين فأنا لا أحب ذلك .

المعالج : هذا عظيم إن آخر خطوة أن تجعلى زميلتك توافق على الحل ، وذلك بأن توضحى لها أنه يمكن أن يكون بينكما العديد من الفوائد المتبادلة ، وربما يمكنك أن تقولى لها شيئاً من هذا القبيل إذا توقفتى عن السخرية منى فإنه سيسعدنى أن نتعاون معاً فى إعداد المحاضرات

وتبادلها ، وكذلك مساعدتك على مذاكرة المواد الصعبة ولكن تأكدى من أن أى شئ تقدميه يجب أن تشعرى بالرضا عنه من جانبك .

المريضة : هذا شيئاً جميلاً بالنسبة لى ، سأدون هذه الخطوات حتى أكون مستعدة وأشعر بالمزيد من الثقة والتحكم .

وقامت المريضة بدمج مهارات الاسترخاء والاستراتيجيات المعرفية فى خطتها ، وبعد ممارسة هذه الخطة بصوت عال وتوقع ما ستقوله لزميلتها وبدأت فى تنفيذ الخطة ولأن زميلتها امتثلت لطلبها الحازم فإنها لم تضطر إلى تصعيد الموقف والبدء فى مقاطعتها ، وبعد ذلك قامت المريضة بتعميم هذا الموقف على العديد من المواقف الاجتماعية الأخرى .

قضايا تتعلق بانتهاء العلاج ومرحلة المتابعة :

إن جلسات الخطوة الثامنة تساعد على تقوية أو تثبيت المكاسب أو الفوائد ، وتحديد الأهداف المستقبلية للوصول إليها ، ووضع الخطط لأعراض منع الانتكاس ، والمحافظة على النتائج الإيجابية ؛ لذلك يجب على المعالج أن يوضح ويشجع تعميم المهارات المعرفية والسلوكية من صورة الجسم إلى جوانب أخرى من حياة المريض أو المريضة .

وينبغى على المعالج أيضاً أن يروج أو يعلن بوضوح الفكرة القائلة بأن نهاية العلاج ليست نهاية المطاف أو التغيير فالتحسينات المميزة والمصاحبة لجهود المريض أو المريضة وكذلك المهارات تعتبر هامة لمنع أو ترك المريض فى حيرة لا يدرى ماذا سيفعل بدون وجود المعالج وتزويده بوجهات النظر ، وربما يرغب المعالج فى ترك الباب مفتوحاً لعمل جلسات للتعزيز أو إحراز مزيد من التقدم لمعالجة أى مشكلة قد تواجه المريض أو المريضة فيما يتعلق بالوصول إلى أو تحقيق الأهداف الجديدة ، وعلاوة على ذلك ولإيجاد حلقة

وصل لتقوية أو تعزيز التغير المستمر يقوم المعالج بوضع جدول لعمل جلسات للمتابعة تستغرق من 3 – 6 شهور .

الاستنتاجات والتوجهات المستقبلية :

لقد شهد ت الأعوام الماضية تقدماً فيما يتعلق بفهم اضطراب صورة الجسم ، وما يتعلق بها من أوجه أو جوانب للخلل الوظيفى وانعكس هذا التقدم فى الاستخدام الكلينيك ى الواضح لعلاج اضطراب صورة الجسم والمتمثل فى العلاج المعرفى السلوكى ، ومع ذلك فالحاجة ملحة إلى دراسات كشفية لتحديد أكثر العناصر فاعلية ونجاحاً فى العلاج .

ويرى واجونر Waggoner (1998 ، 4060) أن العلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم يعتبر إضافة للعلاجات التى لا تزال باقية لعلاج السمنة ، والاضطرابات المتعلقة بتناول الطعام ، كما أن العلاج المعرفى السلوكى يعتبر ملحق لجراحة التجميل الاختيارية ، وينبغى على الكلنيكيين والباحثين أن يقيمو ن فوائد العلاج المعرفى السلوكى لصورة الجسم لدى الأشخاص الذين يواجهوا تحديات تتعلق باضطراب صورة الجسم .

وأخيراً فعلى ضوء عوامل الخطر التى تتعلق بالجوانب النمائية والاجتماعية المعروفة التى تؤدى إلى اضطرابات شائعة لصورة الجسم فإنه توجد قيمة كامنة يمكن تنميتها واستثمارها فى التهيئة أو المواءمة التعليمية والنفسية للبرنامج من أجل منع المشاكل المتعلقة بصورة الجسم بين الأطفال والأفراد فى مرحلة المراهقة المبكرة .

الفصل الخامس

5

تقدير الاضطراب

مقدمة :

أنتجت السنوات العشر الماضية الكثير من التقدم فى النواحى النظرية والتطبيقية والنواحى المتعلقة بالتقدير لظاهرة اضطراب صورة الجسم التى لم يسمع عنها بدرجة كبيرة خارج ارتباطها بالاضطرابات المتعلقة بتناول الطعام حتى وقت قريب ، والآن أصبح لدى المتخصصين معرفة كبيرة بأسباب هذا الاضطراب وملامحه وقابلية الاستجابة لاستراتيجيات التدخل العلاجى أو الوقائى ، والصياغات النظرية التى تتناول هذا الموضوع قدمت الإرشادات التى تساعد على فهم الميكانيزمات السببية لهذا الاضطراب ، وعلى الرغم من ذلك فإن عدد قليل جداً من البحوث استهدف فحص نظرية معينة ، والا تجاه الأكثر تأييداً هو النموذج الثقافى الاجتماعى إلا أن كثيراً من الباحثين فى هذا المجال يقدمون افتراضات لا توثقها البيانات ، والبحوث المستقبلية فى هذا المجال يجب عليها أن تحدد بدقة الارتباطات السببية التى ينتهى بها المطاف إلى حدوث خلل حاد فى صورة الجسم من الناحية الكلينيكية ، كما أن الآراء النظرية ينبغى أن تتناول الميكانيزمات أو النظم التى تسفر عن نشوء اضطراب صورة الجسم .

ويُعد تقدير اضطراب صورة الجسم هو الجانب الأكثر تقدماً فى هذا الميدان بأسره فهناك وفرة فى أدوات القياس التى تستخدم فى قياس هذا الجانب ، ولسوء الحظ فإن الكثير من هذه الأدوات لم يتم تقنينها إلا فى حالات نادرة على عينات غير العينات موضع القياس أو التقييم وبخاصة طالبات الكليات والتى تعد الفئة الأكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب ، باستثناء بحوث قليلة جداً قامت بتقييم العلاقات بين مقاييس الاضطراب ، ومن خلال الدراسات التى اهتمت بدراسة اضطراب صورة الجسم وجد أنه حتى نهاية الثمانينيات من القرن

الماضى لا يوجد مقياس محدد أو خاص لقياس أو تقدير اضطراب صورة الجسم ، كما أن الدراسات التى تناولت العلاج المعرفى السلوكى لعلاج اضطراب صورة الجسم أظهرت نتائج إيجابية مما يدعم فاعلية هذا العلاج بينما لم يتم استخدام العلاج الفردى فى علاج اضطراب صورة الجسم ؛ لذلك يجب اختبار مدى فاعلية هذا العلاج فى المستقبل ، وينبغى على البحوث المستقبلية أيضاً أن تميز بين الأفراد الذين لديهم اضطراب وراثى أو جينى يتعلق باضطراب بصورة الجسم وبين الأفراد الآخرين الذين ينشأ أو يحدث لديهم هذا الاضطراب .

وتشير نتائج الغالبية العظمى من البحوث التى تم إجراؤها فى هذا الصدد إلى أن الإناث أكثر تعرضاً لحدوث اضطراب صورة الجسم كما أكدت هذه الدراسات جميعها على أن اضطراب صورة الجسم يرتبط ارتباطاً قوياً بالاضطرابات المتعلقة بتناول الطعام سواء فقدان الشهية العصبى أو الشره العصبى ، ومن المقاييس التى يمكن استخدامها لقياس اضطراب صورة الجسم ما يلى :

1- استخبار شكل الجسم Body Shape Questionnaire (BSQ)

أعد هذا الاستخبار كوبر Cooper et al. (1987) وذلك لقياس الانشغال الزائد عن الحد بصورة الجسم ، ويتكون الاستخبار من 34 فقرة يتم تقديرها على مقياس مكون من ست نقاط تتراوح من أبداً (1) إلى دائماً (6) إلا أنه يؤخذ على هذا الاستخبار أن الفقرات المكونة له لا تقيس بطريقة شاملة الانشغال الزائد عن الحد بصورة الجسم ؛ حيث يحتوى المقياس على عدد من العبارات تقيس أوجه السلوك أو السلوكيات المتعلقة بتناول الطعام بدلاً من الانشغال الزائد عن الحد بصورة الجسم ؛ لذلك دعت الحاجة إلى تعديل هذا

الاستخبار لكى يقيس أوجه السلوك المتعلقة بالانشغال الزائد عن الحد بصورة الجسم بدرجة أكثر وضوحاً ، وقام م ومفورد وآخرون Mumford et al. (1991) بتصميم 13 فقرة إضافية لكى تقيس الانشغال الزائد عن الحد بصورة الجسم وذلك بالاستعانة بعدد من الكلينيكيين الحاصلين على الدكتوراه ومن ذوى الخبرة الكبيرة فى التعامل مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم لأنهم وجدوا أن الفقرات التى يحتوى عليها استخبار شكل الجسم الأصلى تتناول أوجه السلوك المتعلق بالأكل وصورة الجسم معاً ، ولم تتناول على وجه التحديد الانشغال بصورة الجسم ، ولتقييم صدق التكوين أو البناء للاستخبار الأصلى المكون من 34 فقرة أو بنداً ، والاستخبار الجديد المكون من 13 فقرة أو بنداً تم إجراء تحليل عاملى للفقرات الأصلية والفقرات الجديدة ، وعلى أساس أو فى ضوء التشبعات العاملية التى تم الحصول عليها تم إنشاء صيغة جديدة أو نسخة مختصرة من استخبار شكل الجسم تتكون من ثمان فقرات من المقياس الأصلى ذو الأربع والثلاثين فقرة ، وفقرتين جديدتين ؛ وبالتالى أصبحت الصيغة الجديدة تتكون من عشرة بنود على شكل أسئلة ويوجد أما م كل منها ستة اختبارات هى : دائماً ، عادة ، غالباً ، أحياناً ، نادراً ، أبداً ، ويعطى للمفحوص خمس درجات إذا كان اختياره دائماً ، و أربع درجات إذا كان اختياره عادةً ، وثلاث درجات إذا كان اختياره غالباً ، ودرجتان إذا كان اختياره أحياناً ، ودرج ة واحدة إذا كان اختياره نادراً ، وصفراً إذا كان اختياره أبداً ، ويستخدم الجمع الجبرى فى حساب الدرجة الكلية التى يحصل عليها المفحوص على الاستخبار ، والدرجة المرتفعة تشير إلى شدة أو حدة الميول السلوكية المصاحبة لاضطراب صورة الجسم والعكس صحيح .

وقام مجدى الدسوقى (2004 أ) بتعريب وتقنين هذه الصيغة المختصرة وتوصل إلى معاملات صدق وثبات عالية يمكن الاطمئنان إليها عند استخدام الاستخبار فى البيئة المصرية ، وفيما يلى عرض لكراسة الأسئلة الخاصة بهذا الاستخبار .

اضطراب صورة الجسم

بيانات أولية :

الاسم : ....

المدرسة / الكلية : ....

تاريخ الميلاد : ....

تاريخ الإجراء : ....

بيانات أخرى : ....

تعليمات :

يعرض عليكِ فيما يلى مجموعة من العبارات التى تحدد وجهة نظرك حول نفسك ويلى كل عبارة ستة اختيارات هى : دائماً ، عادة ، غالباً ، أحياناً ، نادراً ، أبداً .

المرجو منكِ :

- قراءة كل عبارة بدقة ثم تبدين رأيك بوضع علامة (✓) أسفل الاختيار الذى ينطبق عليكِ .
- أن يكون اختيارك للإجابة من واقع خبرتك الشخصية .
- لا تتركى عبارة دون الإجابة عليها .

ومما يجب الإشارة إليه أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تعد صحيحة – فقط – طالما تعبر عن حقيقة شعور كِ تجاه المعنى الذى تحمله العبارة ، وأن البيانات التى يتم الحصول عليها من استجابتك على العبارات المكونة للاستخبار تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم فى غير أغراض البحث العلمى .

وشكراً على تعاونك

اضطراب صورة الجسم

م	العبــارة	دائماً (5)	عادة (4)	غالباً (3)	أحياناً (2)	نادراً (1)	أبداً (0)
1	هل يزعجك شكل جسمك لدرجة أنك تشعرين بأنه يجب أن تقومى باتباع نظام غذائى أو رجيم ؟	....	....	....	....	....	....
2	هل لفت انتباهك شكل إناث أخريات ، لدرجة أنك تشعرين أن شكل جسمك يختلف بطريقة غير مُرضية مقارنة بهم ؟	....	....	....	....	....	....
3	هل تشعرين بالبدانة عندما تكونين عارية الجسم ؟	....	....	....	....	....	....
4	هل تشعرين بالتخمة بعد تناولك للحلوى وغيرها من الأطعمة ذات السعرات الحرارية العالية ؟	....	....	....	....	....	....
5	هل تشعرين بأن جسمك ضخم ومترهل للغاية ؟	....	....	....	....	....	....
6	هل تشعرين بالخجل من شكل جسمك ؟	....	....	....	....	....	....
7	هل تشعرين بعدم الرضا عن شكل جسمك عند النظر إليه فى المرآة ؟	....	....	....	....	....	....

م	العبـــارة	دائماً (5)	عادة (4)	غالباً (3)	أحياناً (2)	نادراً (1)	أبداً (0)
8	هل تهتمين جيداً بشكل جسمك عندما تكونين فى صحبة الآخرين ؟	....	....	....	....	....	....
9	هل يشغلكِ شكل جسمك ؟	....	....	....	....	....	....
10	هل تشعرين بالنفور من شكل جسمك عند رؤيتك للإناث النحيفات ؟	....	....	....	....	....	....

2- استخبار تجنب صورة الجسم :

Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)

أعد هذا الاستخبار روزين وآخرون Rosen et al. (1991) وذلك لقياس الميول السلوكية التى تصاحب اضطراب صورة الجسم من وقت إلى آخر وبشكل متكرر ، وهذه السلوكيات شائعة بين الأشخاص الذين لا يشعرون بالرضا عن أجسامهم أو مظهرهم العام ، ويتكون الاستخبار فى الأصل من 19 بنداً .

وقام مجدى الدسوقى (2001) بترجمة عبارات الاستخبار، والتأكد من صلاحيتها وبعد ذلك تم عرض الاستخبار على خمسة محكمين من أساتذة الصحة النفسية للتعرف على مدى ملاءمة عبارات الاستخبار لقياس ما وضع لقياسه ، وقد أسفرت هذه الخطوة عن استبعاد البند رقم 15 فى الصورة الأصلية للمقياس ، حيث لم يوافق عليه المحكمون ، وبذلك أصبح الاستخبار يتكون من 18عبارة أو بنداً وبعد ذلك قام بحساب الصدق والثبات بطرق متعددة ، وتوصل إلى معاملات صدق وثبات عالية يمكن الاطمئنان إليها عند

استخدام الاستخبار فى البيئة المصرية .

ويجيب المفحوص على كل بند بإجابة واحدة من بين ستة اختيارات هى : دائماً ، عادة ، غالباً ، أحياناً ، نادراً ، أبداً ، ويعطى للمفحوص خمس درجات إذا كان اختياره دائماً ، وأربع درجات إذا كان اختياره عادة ، وثلاث درجات إذا كان اختياره غالباً ، ودرجتان إذا كان اختياره أحياناً ، ودرجة واحدة إذا كان اختياره نادراً ، وصفراً إذا كان اختياره أبداً ، ويستخدم الجمع الجبرى فى حساب الدرجة الكلية التى يحصل عليها المفحوص على الاستخبار ، والدرجة المرتفعة تشير إلى شدة أو حدة الميول السلوكية المصاحبة لاضطراب صورة الجسم والعكس صحيح ، وفيما يلى عرض لكراسة الأسئلة الخاصة بهذا الاستخبار .

اضطراب صورة الجسم

بيانات أولية :

الاسم : .... النوع (ذكر / أنثى)

المدرسة / الكلية ....

الشعبة أو التخصص : ....

تاريخ الميلاد : ....

تاريخ الإجراء :...

بيانات أخرى : ....

تعليمات :

فيما يلى مجموعة من العبارات التى تحدد وجهة نظرك حول نفسك ، ويلى كل عبارة ستة اختيارات هى : دائماً ، عادةً ، غالباً ، أحياناً ، نادراً ، أبداً .

المرجو منك :

- قراءة كل عبارة بدقة ثم تبدى رأيك بوضع علامة (✓) أسفل الاختيار الذى ينطبق عليك ، وأن يكون هذا الاختيار من واقع خبرتك الشخصية .
- التأكد من قراءة كل عبارة جيداً قبل أن تختار الإجابة عليها .
- لا تنس أن تجيب عن كل العبارات المكونة للاستخبار .

لاحظ أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تعد صحيحة - فقط - طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذى تحمله العبارة ، ومما يجب التأكيد عليه أن البيانات التى يتم الحصول عليها من استجابتك على العبارات المكونة للاستخبار تحاط بالسرية التامة ، ولا تستخدم فى غير أغراض البحث العلمى .

وشكرا على تعاونك

اضطراب صورة الجسم

م	العبـــارة	دائماً (5)	عادة (4)	غالباً (3)	أحياناً (2)	نادراً (1)	أبداً (0)
1	أرتدى الملابس الفضفاضة (الواسعة)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2	أرتدى الملابس التى لا أحبها	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3	أرتدى الملابس الداكنة أو قاتمة اللون	.....	.....	.....	.....	.....	.....
4	أرتدى الملابس التى تناسب بدانتى	.....	.....	.....	.....	.....	.....
5	أقلل من كمية الطعام التى أتناولها	.....	.....	.....	.....	.....	.....
6	أتناول – فقط – الفاكهة والخضروات وغيرها من الأطعمة ذات السعرات الحرارية المنخفضة	.....	.....	.....	.....	.....	.....
7	لا تناول الطعام لمدة يوم أو أكثر	.....	.....	.....	.....	.....	.....
8	أتجنب المشاركة الاجتماعية إذا سلطت على أنظار الآخرين	.....	.....	.....	.....	.....	.....
9	أتجنب لقاء الأفراد الذين سيتطرقون إلى الدخول فى موضوع زيادة الوزن	.....	.....	.....	.....	.....	.....

م	العبـــارة	دائماً (5)	عادة (4)	غالباً (3)	أحياناً (2)	نادراً (1)	أبداً (0)
10	لا أخرج وخاصة إذا كان الذين سأتواجد معهم أكثر نحافة منى	.....	.....	.....	.....	.....	.....
11	أزن نفسى باستمرار	.....	.....	.....	.....	.....	.....
12	أنا إنسان غير نشيط	.....	.....	.....	.....	.....	.....
13	لا أخرج إذا كان الأمر يتعلق بالاشتراك فى تناول الطعام ..	.....	.....	.....	.....	.....	.....
14	يضايقنى النظر إلى نفسى فى المرآة	.....	.....	.....	.....	.....	.....
15	أرتدى الملابس التى تشتت الانتباه عن الزيادة الملحوظة فى وزنى	.....	.....	.....	.....	.....	.....
16	أتجنب الذهاب إلى أماكن شراء الملابس	.....	.....	.....	.....	.....	.....
17	لا أرتدى الملابس التى توضح معالم جسمى مثل المايوهات ، والشورتات ، والبنطلونات الضيقة ...الخ	.....	.....	.....	.....	.....	.....
18	أرتدى الملابس الكاملة أو الرسمية الأنيقة	.....	.....	.....	.....	.....	.....

3- استخبار العلاقات الذاتية الجسمية المتعدد الأبعاد

Multidimensional Body - Self Relations Questionnaire (MBSRQ)

أعد هذا الاستخبار كاش Cash (1994 ج) وذلك لقياس الجوانب الذاتية الجسمية لصورة الجسم ، وقام مجدى الدسوقى (2003) بتعريبه وتقنينه على طالبات الجامعة ، ويتكون الاستخبار من 69 فقرة أو بنداً موزعة على سبعة مقاييس فرعية هى :

= المظهر العام General Appearance

ويعكس هذا المقياس الجهد المبذول للاهتمام بالمظهر ، والجهود السلوكية التى تهدف للمحافظة عليه ، والعبارات التى تمثل هذا المقياس هى : 1 ، 2 ، 5 ، 11 ، 13 ، 21 ، 22 ، 23 ، 30 ، 31 ، 32 ، 39 ، 40 ، 41 ، 42 ، 48 ، 49 ، 50 .

= اللياقة البدنية Fitness

ويعكس هذا المقياس تقييم وتوجه اللياقة البدنية ، والعبارات التى تمثل هذا المقياس هى : 3 ، 4 ، 6 ، 14 ، 15 ، 16 ، 24 ، 25 ، 26 ، 33 ، 34 ، 35 ، 43 ، 44 ، 51 ، 53 .

= الصحة العامة General Health

والعبارات الممثلة لهذا المقياس هى : 8 ، 9 ، 18 ، 19 ، 28 ، 29 ، 37 ، 38 ، 46 ، 47 ، 52 ، 55 ، 56 .

= الرضا عن مناطق الجسم Body Areas Satisfaction

والعبارات الممثلة لهذا المقياس هى : 61 ، 62 ، 63 ، 64 ، 65 ، 66 ، 67 ، 68 .

= الوزن الفعلى Subjective Weight

ويشير هذا المقياس إلى كيفية وضع الأشخاص لأجسامهم تحت عناوين ومسميات مختلفة تتدرج من دون الوزن الطبيعى بدرجة كبيرة إلى زائد عن الوزن الطبيعى إلى حد كبير والعبارات الممثلة لهذا المقياس هى 59 ، 60 .

= **الانشغال بالوزن Weight Preoccupation**

والعبارات الممثلة لهذا المقياس هى : 10 ، 20 ، 57 ، 58 .

= **التوجه المتعلق بالمرض Illness Orientation**

والعبارات الممثلة لهذا المقياس هى : 37 ، 46 ، 47 ، 55 ، 56 .

ويتكون الاستخبار من ثلاثة مجموعات من الأسئلة :

- **المجموعة الأولى** : تشمل البنود من 1 – 57 وتجيب عليها المفحوصات تبعاً لبدائل خمسة هى : لا أوافق تماماً ، لا أوافق غالباً ، لا أوافق ولا أعارض ، أوافق غالباً ، أوافق تماماً ، وقد وضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة كالآتى : لا أوافق تماماً (1) ، لا أوافق غالباً (2) ، لا أوافق ولا أعارض (3) ، أوافق غالباً (4) ، أوافق تماماً (5) ، مع ملاحظة أن العبارات التى تحمل أرقام : 6 ، 15، 16 ، 17 ، 23 ، 25 ، 28 ، 30 ، 32 ، 33 ، 34 ، 37 ، 38 ، 40 ، 42 ، 43 ، 45 ، 47 ، 48 ، 49 تصحح فى الاتجاه العكسى للدرجات .
- **المجموعة الثانية** : تشمل البنود التى تحمل أرقام 58 ، 59 ، 60 ، وتجيب عليها المفحوصة بوضع دائرة حول الرقم المجاور للبند الذى ينطبق عليها .
- **المجموعة الثالثة** : تشمل البنود من 61 – 69 وتجيب عليها المفحوصات تبعاً لبدائل خمسة هى : غير راضٍ تماماً ، غير راضٍ فى معظم الأوقات ، لست راضياً أو غير راضٍ ، راضٍ فى معظم الأوقات ، راضٍ جداً ، وقد وضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة هى : غير راضٍ تماماً (1) ، غير راضٍ فى معظم الأوقات (2) ، لست راضياً أو غير راضٍ (3) ، راضٍ فى معظم الأوقات (4) ، راضٍ جداً (5) ، ويستخدم الجمع الجبرى فى الحصول على الدرجة الكلية على الاستخبار وكذلك الدرجة الخاصة بكل مقياس فرعى ، وفيما يلى عرض لكراسة الأسئلة الخاصة بهذا الاستخبار .

بيانات أولية :

الاسم: ....

المدرسة / الكلية : ....

الوظيفة فى حالة العاملين :.......................................

تاريخ الميلاد أو العمر الزمنى :...............................

تاريخ الإجراء :..

بيانات أخرى :...

تعليمات :

فيما يلى مجموعة من العبارات التى تحدد وجهة نظرك حول نفسك ، ويلى كل عبارة مجموعة من الاختيارات .

المطلوب منك :

- قراءة كل عبارة بدقة ثم تقرر ين إلى أى مدى تنطبق عليك شخصياً وذلك بوضع علامة (✓) أسفل الاختيار الذى ينطبق عليك ، وأن يكون اختيارك من واقع خبرتك الشخصية .
- التأكد من قراءة كل عبارة جيداً قبل أن تختارى الإجابة عليها .
- لا تتركى عبارة دون الإجابة عليها .
- يلاحظ أن لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تُعد صحيحة – فقط – طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذى تحمله العبارة .

ومما يجب التأك يد عليه أن البيانات التى يتم الحصول عليها من استجابتك على العبارات المكونة للاستخبار تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم فى غير أغراض البحث العلمى .

وشكراً على تعاونك

م	العبارات	لا أوافق تماماً	لا أوافق غالباً	لا أوافق ولا أعارض	أوافق غالباً	أوافق تماماً
1	أهتم دائماً بمظهرى قبل الخروج من المنزل	....	....	....	....	....
2	أحرص على شراء الملابس التى تجعلنى أبدو أنيقاً أمام الآخرين	....	....	....	....	....
3	أشعر أن لياقتى البدنية جيدة	....	....	....	....	....
4	من المهم أن أكون لائقاً بدنياً	....	....	....	....	....
5	شكلى أنيق وجذاب	....	....	....	....	....
6	لست مشتركاً فى أى نشاط رياضى منتظم .	....	....	....	....	....
7	أحافظ على صحتى العامة قدر المستطاع ..	....	....	....	....	....
9	أتبع الأسلوب الصحى فى حياتى	....	....	....	....	....
10	أشعر بالقلق من زيادة وزنى	....	....	....	....	....
11	أحب مظهرى كما هو عليه الآن	....	....	....	....	....
12	أفحص مظهرى فى المرآة كلما سنحت الفرصة	....	....	....	....	....
13	أهتم بأناقتى جيداً قبل الخروج من المنزل ..	....	....	....	....	....
14	حالتى البدنية جيدة	....	....	....	....	....
15	لا أهتم بمزاولة الألعاب الرياضية	....	....	....	....	....

م	العبـارات	لا أوافق تماماً	لا أوافق غالباً	لا أوافق ولا أعارض	أوافق غالباً	أوافق تماماً
16	لا أبذل مجهوداً كبيراً حتى أحافظ على لياقتى البدنية	....	....	....	....	....
17	حالتى الصحية لا تسير على وتيرة واحدة فأحياناً جيدة ، وأحياناً أخرى سيئة	....	....	....	....	....
18	الاهتمام بصحتى من أبرز أولويات حياتى .	....	....	....	....	....
19	لا أقوم بعمل أى شئ قد يؤثر على صحتى	....	....	....	....	....
20	أعى جيداً التغير الذى يحدث فى وزنى	....	....	....	....	....
21	يعتبرنى الآخرون جميل الشكل أو وسيماً ..	....	....	....	....	....
22	من المهم أن يبدو شكلى جميلاً أو وسيماً ...	....	....	....	....	....
23	استخدم القليل جداً من أدوات التجميل	....	....	....	....	....
24	أتعلم التمارين الرياضية بسهولة	....	....	....	....	....
25	لا أهتم كثيراً بأن أكون لائقاً بدنياً	....	....	....	....	....
26	أمارس تمرينات رياضية شاقة لرفع لياقتى البدنية	....	....	....	....	....
27	نادراً ما أصاب بالمرض	....	....	....	....	....
28	لا أهتم بصحتى اهتماماً حقيقياً	....	....	....	....	....
29	أحرص على قراءة الكتب والمجلات التى تتعلق بالصحة	....	....	....	....	....

م	العبارات	لا أوافق تماماً	لا أوافق غالباً	لا أوافق ولا أعارض	أوافق غالباً	أوافق تماماً
30	أعجب بمظهرى عندما لا أكون مرتدياً ملابسى	....	....	....	....	....
31	أكون خجولاً إذا كان هندامى ليس على ما يرام	....	....	....	....	....
32	أرتدى عادة الملابس المتاحة لى دون الاهتمام بالمظهر	....	....	....	....	....
33	أدائى يكون سيئاً عند ممارسة الألعاب الرياضية	....	....	....	....	....
34	نادراً ما أفكر فى تنمية مهاراتى الرياضية .	....	....	....	....	....
35	أحاول باستمرار تحسين لياقتى البدنية	....	....	....	....	....
36	من يوم لآخر ، لا أعرف الطريقة التى سيبدو عليها جسمى	....	....	....	....	....
37	عندما أكون مريضاً لا أعتنى كثيراً بالأعراض المرضية	....	....	....	....	....
38	لا أهتم كثيراً بتناول وجبة متوازنة وصحية	....	....	....	....	....
39	أحب ارتداء الملابس التى تكون حسب مقاسى بالضبط	....	....	....	....	....
40	لا أبالى برأى الآخرين بخصوص مظهرى	....	....	....	....	....
41	أعتنى جيداً بجسمى	....	....	....	....	....

م	العبارات	لا أوافق تماماً	لا أوافق غالباً	لا أوافق ولا أعارض	أوافق غالباً	أوافق تماماً
42	لا تعجبنى بنية أو قوام جسمى	....	....	....	....	....
43	لا أهتم بتحسين قدراتى عند ممارسة الأنشطة البدنية	....	....	....	....	....
44	أحاول أن أكون نشيطاً من الناحية البدنية ...	....	....	....	....	....
45	أشعر غالباً بأننى عُرضة للإصابة بالأمراض	....	....	....	....	....
46	أنتبه جيداً عند ظهور أى أعراض مرضية	....	....	....	....	....
47	إذا أصبت بنوبة برد أو أنفلونزا ، فإننى أتجاهل ذلك وأستمر فى ممارسة حياتى العادية	....	....	....	....	....
48	أنا غير جذاب من الناحية الجسمية	....	....	....	....	....
49	لا أفكر مطلقاً فى مظهرى العام	....	....	....	....	....
50	أحاول دائماً أن أحسن من مظهرى الجسمى	....	....	....	....	....
51	تقاطيع جسمى متناسقة للغاية	....	....	....	....	....
52	أعرف الكثير عن لياقتى البدنية	....	....	....	....	....
53	أمارس نشاطاً رياضياً بانتظام طوال العام .	....	....	....	....	....
54	صحتى الجسمية جيدة	....	....	....	....	....

م	العبارات	لا أوافق تماماً	لا أوافق غالباً	لا أوافق ولا أعارض	أوافق غالباً	أوافق تماماً
55	أنا على وعى كامل بالتغيرات القليلة التى تطرأ على صحتى البدنية	....	....	....	....	....
56	عند أول بادرة للمرض أذهب إلى الطبيب .	....	....	....	....	....
57	أواظب على تناول الوجبات التى تقلل الوزن	....	....	....	....	....

العبارات التى تحمل أرقام 6 ، 15 ، 16 ، 17 ، 23 ، 25 ، 28 ، 30 ، 32 ، 33 ، 34 ، 37 ، 38 ، 40 ، 42 ، 43 ، 45 ، 47 ، 48 ، 49 تصحح فى الاتجاه العكسى للدرجات .

58- محاولة إنقاص الوزن بإتباع نظام غذائى صارم :

1- لم أفعلها قبل ذلك .

2- أفعلها نادراً .

3- أفعلها أحياناً .

4- أفعلها غالباً .

59- أعتقد أننى :

1- رشيقة .

2- رشيقة إلى حد ما .

3- وزنى عادى وطبيعى .

4- بدينة .

5- بدينة جداً .

60- عندما يشاهدنى معظم الناس يعتقدون أننى :

1- رشيقة .

2- رشيقة إلى حد ما .

3- وزنى طبيعى وعادى .

4- بديرة إلى حد ما .

5- بديرة جداً .

م	العبارات	غير راض تماماً	غير راض في معظم الأحيان	لست راضيا أو غير راض	راض في معظم الأحيان	راض جداً
61	الوجه (ملامح الوجه ولون البشرة)	....	....	....	....	....
62	الشعر (اللون ، والكثافة ، والطبيعة)	....	....	....	....	....
63	المنطقة السفلية من الجسم (الردفين ، والفخذين ، والساقين)	....	....	....	....	....
64	منتصف الجسم (الخصر ، والمعدة)	....	....	....	....	....
65	المنطقة العلوية من الجسم (الصدر ، والكتفان ، والذراعان)	....	....	....	....	....
66	تناسق العضلات	....	....	....	....	....
67	الوزن	....	....	....	....	....
68	الطول	....	....	....	....	....
69	المظهر العام أو الشكل العام	....	....	....	....	....

4- مقياس قلق صورة الجسم Body – Image Anxiety Scale

تعريب : المؤلف

أولاً : قلق السمة :

فيما يلى مجموعة من العبارات التى تستخدم لوصف القلق والتوتر والعصبية التى تشعرين بها عادة بشأن جسمك أو أجزاء معينة من جسمك فى الوقت الحالى .

المرجو منكِ قراءة كل عبارة بدقة ثم اختارى الإجابة التى تنطبق على حالتكِ ، وتذكرى دائماً أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة الصحيحة هى التى تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذى تحمله العبارة .

م	العبـارة	أبداً (0)	نادراً (1)	أحياناً (2)	غالباً (3)	دائماً (4)
	بصفة عامة أشعر بأننى قلقة ومتوترة أو عصبية بشأن :					
1	الدرجة التى أبدو فيها زائدة عن الوزن الطبيعى	.....	.....	.....	.....	.....
2	فخذىَّ	.....	.....	.....	.....	.....
3	أردافى أو مقعدتى	.....	.....	.....	.....	.....
4	منطقة البطن	.....	.....	.....	.....	.....
5	خصرى	.....	.....	.....	.....	.....
6	أرجلى	.....	.....	.....	.....	.....
7	شكل عضلاتى	.....	.....	.....	.....	.....
8	أذناى	.....	.....	.....	.....	.....
9	شفتاى	.....	.....	.....	.....	.....
10	يداى..	.....	.....	.....	.....	.....
11	جبهتى..	.....	.....	.....	.....	.....
12	رقبتى...	.....	.....	.....	.....	.....
13	ذقنى	.....	.....	.....	.....	.....
14	قدماى..	.....	.....	.....	.....	.....

ثانياً : قلق الحالة

فيما يلى مجموعة من العبارات التى تستخدم لوصف القلق والتوتر والعصبية التى تشعرين بها عادة بشأن جسمك أو أجزاء معينة من جسمك فى الوقت الحالى .

المرجو منكِ قراءة كل عبارة ثم اختارى الإجابة التى تنطبق على حالتكِ وتذكرى دائماً أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تعد صحيحة – فقط – طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذى تحمله العبارة .

اضطراب صورة الجسم

م	العبـارة	أبداً (0)	نادراً (1)	أحياناً (2)	غالباً (3)	دائماً (4)
	بصفة عامة أشعر بأننى قلقة ومتوترة أو عصبية بشأن :					
1	الدرجة التى أبدو فيها زائدة عن الوزن الطبيعى	.....	.....	.....	.....	.....
2	فخذىَّ	.....	.....	.....	.....	.....
3	أردافى أو مقعدتى	.....	.....	.....	.....	.....
4	منطقة البطن	.....	.....	.....	.....	.....
5	خصرى	.....	.....	.....	.....	.....
6	أرجلى	.....	.....	.....	.....	.....
7	شكل عضلاتى	.....	.....	.....	.....	.....
8	أذناى	.....	.....	.....	.....	.....
9	شفتاى	.....	.....	.....	.....	.....
10	يداى	.....	.....	.....	.....	.....
11	جبهتى	.....	.....	.....	.....	.....
12	رقبتى	.....	.....	.....	.....	.....
13	ذقنى	.....	.....	.....	.....	.....
14	قدماى	.....	.....	.....	.....	.....

تعليمات بالنسبة للحالات العالية والمتوسطة والمنخفضة :

العالية : تكونين على الشاطئ وترتدين مايوه شفاف مكون من قطعتين ،

والشاطئ مزدحم وتكثر عليه الكراسى والشماسى التى تعلق عليه ا الفوط أو المناشف وأنت بمفر دك تتجولين على حافة الماء .

المتوسطة : أمامك حوالى نصف ساعة بين المحاضرات تتجولين في ها في فناء الكلية قبل أن تعودى لكى تواصلين المحاضرات .

المنخفضة : وأنت فى البيت تستر خين لمشاهدتك برنامجك التليفزيونى المفضل .

5- مقياس الخوف من التقييم السلبى : تعريب : المؤلف

Fear of Negative Evaluation Scale (FNES)

أعد هذا المقياس واطسون وفريند Watson & Friend (1994) وذلك لقياس جانب واحد من جوانب القلق الاجتماعى وهو الخوف من تلقى تقييمات سلبية من الآخرين ، ويتكون المقياس من 30 فقرة أو بند تعكس علامات القلق وأوجه السلوك الاجتماعى غير الفعال الذى يؤدى إلى عدم الاستحسان الاجتماعى من الآخرين ، ويلى كل فقرة أو بند اختياران هما : تنطبق ، ولا تنطبق ويطلب من المفحوص أو المفحوصة أن يختار واحدة منها التى تنطبق مع وجهة نظره أو تنطبق عليه .

ويتم تصحيح المقياس بجمع الدرجة التى يحصل عليها المفحوص أو المفحوصة على كل بند أو عبارة للحصول على الدرجة الكلية مع ملاحظة أنه إذا كانت الإجابة تنطبق تأخذ درجة واحدة ، وإذا كانت الإجابة لا تنطبق تأخذ صفراً والعبارات التى تحمل أرقام 1 ، 6 ، 8 ، 15 ، 16 ، 18 ، 21 ، 23 ، 26 ، 27 ، 30 يتم تصحيحها فى الاتجاه العكسى للدرجات ، والدرجة الكلية على المقياس تعكس علامات القلق وأوجه السلوك الاجتماعى غير الفعال الذى يؤدى

إلى عدم الاستحسان من الآخرين وتتراوح قيمة هذه الدرجة من صفر – 30 ، وقام معد الكتاب بتعريب هذا المقياس وكذلك النسخة المختصرة منه Brief Fear of Negative Evaluation Scale التى تتكون من 12 بنداً أو عبارة ويوجد أمام كل منها خمس اختيارات :

لا تنطبق أبداً : إذا كان مضمون البند لا ينطبق على المفحوص كلية .

لا تنطبق : إذا كان مضمون البند ينطبق على المفحوص بدرجة قليلة أو أقل من المتوسط .

بين بين : إذا كان مضمون البند ينطبق على المفحوص بدرجة متوسطة .

تنطبق : إذا كان مضمون البند ينطبق على المفحوص بدرجة كبيرة أو أعلى من المتوسط .

تنطبق تماماً : إذا كان مضمون البند ينطبق على المفحوص تماماً .

وقد وضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة كالآتى : تنطبق تماماً (5) ، تنطبق (4) ، بين بين (3) ، لا تنطبق (2) ، لا تنطبق أبداً (1) ، ويستخدم الجمع الجبرى فى حساب الدرجة التى يحصل عليها المفحوص على المقياس مع ملاحظة أن العبارات التى تحمل أرقام 4 ، 7 ، 10 تصحح فى الاتجاه العكسى للدرجات ، والدرجة المرتفعة تعكس علامات القلق وأوجه السلوك الاجتماعى غير الفعال الذى يؤدى إلى عدم الاستحسان من الآخرين ، وتم حساب الصدق والثبات لكل من المقياسين بطرق متعددة ، وأدت هذه الإجراءات إلى التوصل إلى معدلات صدق وثبات عالية يمكن الاطمئنان إليها عند استخدام أى من المقياسين فى البيئة المصرية ، وفيما يلى عرض لكراسة الأسئلة الخاصة بكل منهما .

بيانات أولية :

اضطراب صورة الجسم

الاسم :.. النوع (ذكر / أنثى) .
المدرسة / الكلية :..
الوظيفة فى حالة العاملين : ....
تاريخ الميلاد : ....
تاريخ الإجراء :...
بيانات أخرى :...

تعليمات :

فيما يلى مجموعة من العبارات التى تتعلق بمشاعرك المختلفة أثناء حدوث تفاعل اجتماعى مع الآخرين ، ويلى كل عبارة اختيارين هما تنطبق ، ولا تنطبق .

المرجو منك :

- قراءة كل عبارة بدقة ثم تقرر إلى أى مدى تنطبق عليك شخصياً وذلك بوضع علامة (✓) أسفل الاختيار الذى ينطبق عليك ، وأن يكون اختيارك من واقع خبرتك الشخصية .
- التأكد من قراءة كل عبارة جيداً قبل أن تختار الإجابة عليها .
- لا تنس أن تجيب عن كل العبارات .

لاحظ أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تُعد صحيحة – فقط – طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذى تحمله العبارة ، ومما يجب التأكيد عليه أن البيانات التى يتم الحصول عليها من استجابتك على العبارات المكونة للمقياس تحاط بالسرية التامة ، ولا تستخدم فى غير أغراض البحث العلمى ؛ لذلك يجب أن تكون أميناً فى استجابتك .

وشكراً على تعاونك

م	العبـــارة	تنطبق	لا تنطبق
1	نادراً ما يصيبنى القلق من الظهور بالغباء والحمق أمام الآخرين	....	....
2	أشعر بالقلق من آراء الآخرين فىّ ، حتى لو عرفت أن ذلك ليس له تأثير	....	....
3	أصبح متوتراً أو عصبياً إذا عرفت أن شخصاً ما سيقوم بتقييمى	....	....
4	أنشغل بالانطباع غير المُرضى الذى يكونه الآخرون تجاهى	....	....
5	أشعر بالضيق الشديد عندما ارتكب خطأً اجتماعياً ما .	....	....
6	تسبب آراء الآخرين المهمين بالنسبة لى ضيقاً إلى حد ما	....	....
7	أخاف من أن أبدو سخيفاً ومثيراً للسخرية أمام الآخرين	....	....
8	يقل تفاعلى مع الآخرين إذا شعرت بأننى غير مرغوب فيه	....	....
9	أخشى أن يلاحظ الآخرون عيوبى	....	....
10	عدم الاستحسان من جانب الآخرين ليس له تأثير كبير علىّ	....	....
11	أتوقع الأسوأ دائماً إذا قام شخص ما بتقييمى	....	....

م	العبـــارة	تنطبق	لا تنطبق
12	يصيبنى القلق من انطباع الآخرين تجاهى	....	....
13	أخشى من عدم استحسان الآخرين أو تقبلهم لى	....	....
14	أخاف من آراء الآخرين تجاهى	....	....
15	لا تضايقنى آراء الآخرين السلبية	....	....
16	لا يضايقنى سوء ظن الآخرين بى	....	....
17	أقلق عندما أتحدث إلى شخص ما بشأن رأيه فىّ	....	....
18	أشعر أحياناً بأنه لا يمكن تجنب الأخطاء الاجتماعية المختلفة	....	....
19	أكون قلقاً عادة من نوع الانطباع الذى يكونه الآخرون تجاهى	....	....
20	يصيبنى القلق عند تقييمى من الآخرين الأعلى منى شأناً	....	....
21	لا أتأثر كثيراً بآراء الآخرين تجاهى	....	....
22	أقلق من أن يعتقد الآخرون أننى غير كفء أو ليس لى قيمة	....	....
23	أقلق قليلاً مما قد يظنه البعض بى	....	....
24	أنشغل أحياناً بدرجة أكثر من اللازم بآراء الآخرين تجاهى	....	....

م	العبـــارة	تنطبق	لا تنطبق
25	كثيراً ما أقلق من ارتكاب الأخطاء الاجتماعية	....	....
26	لا أبالى غالباً بآراء الآخرين فى	....	....
27	أثق عادة فى انطباعات الآخرين الإيجابية تجاهى	....	....
28	الآراء السلبية للأشخاص المهمين بالنسبة لى تصيبنى بالقلق الشديد	....	....
29	يصيبنى القلق والهم من أراء أصدقائى السلبية تجاهى	....	....
30	أتوتر إذا علمت بأن من هو أعلى منى شأناً سيقيمنى	....	....

العبارات التى تحمل أرقام 1 ، 6 ، 8 ، 15 ، 16 ، 18 ، 21 ، 23 ، 26 ، 27 ، 30 تصحح فى الاتجاه العكسى للدرجات .

وفيما يلى عرض للنسخة المختصرة من المقياس .

اضطراب صورة الجسم

م	العبـــارة	لا تنطبق أبداً (1)	لا تنطبق (2)	بين بين (3)	تنطبق (4)	تنطبق تماماً (5)
1	أشعر بالقلق من آراء الآخرين فيّ حتى لو عرفت أن ذلك ليس له تأثير ..	.....	.....	.....	.....	.....
2	أنشغل بالانطباع غير المرضى الذى يكونه الآخرون تجاهى	.....	.....	.....	.....	.....
3	أخشى أن يلاحظ الآخرون عيوبى	.....	.....	.....	.....	.....
4	يصيبنى القلق من انطباع الآخرين تجاهى	.....	.....	.....	.....	.....
5	أخشى من عدم استحسان الآخرين أو تقبلهم لى	.....	.....	.....	.....	.....
6	أخاف من آراء الآخرين تجاهى	.....	.....	.....	.....	.....
7	لا تضايقنى آراء الآخرين السلبية	.....	.....	.....	.....	.....
8	أقلق عندما أتحدث إلى شخص ما بشأن رأيه فيّ	.....	.....	.....	.....	.....
9	أكون قلقاً من نوع الانطباع الذى يكونه الآخرون تجاهى	.....	.....	.....	.....	.....
10	لا أتأثر كثيراً بآراء الآخرين تجاهى ..	.....	.....	.....	.....	.....

م	العبـــارة	لا تنطبق أبداً (1)	لا تنطبق (2)	بين بين (3)	تنطبق (4)	تنطبق تماماً (5)
11	أنشغل أحياناً بدرجة أكثر من اللازم بآراء للآخرين تجاهى	.....	.....	.....	.....	.....
12	كثيراً ما أقلق من ارتكاب الأخطـاء الاحتماعية	.....	.....	.....	.....	.....

– تصحح العبارات التى تحمل أرقام 4 ، 7 ، 10 فى الاتجاه العكسى للدرجات .

6- مقياس اضطراب صورة الجسم :

أعد هذا المقياس مجدى الدسوقى (2004 ب) بهدف التعرف على الأعراض المعرفية والسلوكية التى تصاحب اضطراب صورة الجسم ، ويتكون المقياس من 34 فقرة أو بنداً تعكس الأعراض الشائعة بين الأفراد الذين لا يشعرون بالرضا عن أجسامهم أو مظهرهم العام ، وتم وضع تعليمات بسيطة للمقياس تتضمن أن يجيب المفحوص على كل بند من بنود المقياس تبعاً لبدائل خمسة دائماً ، غالباً ، أحياناً ، نادراً ، أبداً ، وقد وضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة كالآتى : دائماً (4) ، غالباً (3) ، أحياناً (2) ، نادراً (1) ، أبداً (صفر) ، ويستخدم الجمع الجبرى فى حساب الدرجة الكلية التى يحصل عليها الفرد على المقياس مع ملاحظة أن العبارات التى تحمل أرقام 6 ، 11 ، 13 ، 19 ، 22 ، 24 ، 25 تصحح فى الاتجاه العكسى ، والدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى الرضا عن صورة الجسم

، والدرجة المنخفضة تشير إلى عدم الرضا عن صورة الجسم ، وتم حساب صدق وثبات المقياس من خلال تطبيقه على عينة من طالبات الجامعة ، ومن خلال هذا الإجراء تم التوصل إلى معاملات صدق وثبات عالية يمكن الاطمئنان إليها عند استخدام المقياس ، وفيما يلى عرض لكراسة الأسئلة الخاصة بهذا المقياس .

اضطراب صورة الجسم

بيانات أولية :

الاسم :..

المدرسة / الكلية : ....

تاريخ الميلاد : ....

تاريخ الإجراء : ....

بيانات أخرى :..

تعليمات :

يعرض عليكِ فيما يلى مجموعة من العبارات التى تحدد وجهة نظرك حول نفسك ، ويوجد أما كل عبارة مجموعة من الاختيارات هى : دائماً ، وغالباً ، وأحياناً ، ونادراً ، وأبداً .

المرجو منك :

- قراءة كل عبارة بدقة ثم تقررين إلى أى مدى تنطبق عليكِ شخصياً وذلك بوضع علامة (✓) أسفل الاختيار الذى ينطبق عليك ، وأن يكون اختيارك من واقع خبرتكِ الشخصية .
- التأكد من قراءة كل عبارة جيداً قبل أن تختارى الإجابة عليها .
- لا تنس أن تجيبى عن كل العبارات المكونة للمقياس .

لاحظى أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة تُعد صحيحة – فقط – طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذى تحمله العبارة ، والشئ الوحيد الذى ينبغى الاسترشاد به فى إجابتك هو معرفتك الخاصة بنفسك ، ومما يجب التأكيد عليه أن البيانات التى يتم الحصول عليها من استجابتك على العبارات المكونة للمقياس تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم فى غير أغراض البحث العلمى ؛ لذلك يجب أن تكونى أمينة فى استجابتك على هذه العبارات .

وشكراً على تعاونك

م	العبـارة	دائماً (4)	غالباً (3)	أحياناً (2)	نادراً (1)	أبداً (0)
1	أهتم بمظهرى قبل الخروج من المنزل	......	......	......	......	......
2	أحرص على ارتداء الملابس التى تجعلنى أنيقة أمام الآخرين	......	......	......	......	......
3	شكلى أنيق وجذاب	......	......	......	......	......
4	أحب مظهرى كما هو عليه الآن	......	......	......	......	......
5	أفحص مظهرى فى المرآة كلما سنحت لى الفرصة	......	......	......	......	......
6	لا أهتم بأناقتى قبل الخروج من المنزل	......	......	......	......	......
7	يعتبرنى الآخرون جميلة الشكل أو وسيمة	......	......	......	......	......
8	من المهم أن يبدو شكلى جميلاً أو وسيماً أمام الآخرين	......	......	......	......	......
9	استخدم القليل جداً من أدوات التجميل أو المكياج	......	......	......	......	......
10	اشعر بالخجل إذا كان هندامى ليس على ما يرام	......	......	......	......	......
11	أرتدى الملابس المتاحة لى دون الاهتمام بالطريقة التى سأبدو عليها ...	......	......	......	......	......

م	العبــارة	دائماً (4)	غالباً (3)	أحياناً (2)	نادراً (1)	أبداً (0)
12	أحرص على ارتداء الملابس التى تكون حسب مقاسى بالضبط	......	......	......	......	......
13	لا أبالى برأى الآخرين بخصوص مظهرى	......	......	......	......	......
14	أشعر بالرضا عن مظهرى العام	......	......	......	......	......
15	أحاول باستمرار أن أحسن من مظهرى الجسمى	......	......	......	......	......
16	تقاطيع جسمى متناسقة للغاية	......	......	......	......	......
17	أشعر بالقلق من زيادة وزنى	......	......	......	......	......
18	أهتم بمزاولة الألعاب الرياضية	......	......	......	......	......
19	لا أفكر مطلقاً فى مظهرى العام	......	......	......	......	......
20	لا أرتدى الملابس التى توضح معالم جسمى مثل المايوهات ، والشورتات والبنطلونات الضيقة...الخ	......	......	......	......	......
21	أفحص أو أتبين مظهرى فى المرآة كلما سنحت الفرصة	......	......	......	......	......
22	لا تعجبنى بنية أو قوام جسمى	......	......	......	......	......
23	يعتبرنى الآخرون ممشوقة القوام	......	......	......	......	......

م	العبـارة	دائماً (4)	غالباً (3)	أحياناً (2)	نادراً (1)	أبداً (0)
24	أخشى أن أبدو سخيفة أو مثيرة للسخرية أمام الآخرين	......	......	......	......	......
25	أنا غير جذابة من الناحية الجسمية	......	......	......	......	......
26	أشعر بالرضا عن ملامح وجهى	......	......	......	......	......
27	أشعر بالرضا عن لون بشرتى	......	......	......	......	......
28	أشعر بالرضا عن شعرى (الطول ، واللون ، والكثافة)	......	......	......	......	......
29	أشعر بالرضا عن المنطقة السفلية من جسمى (الردفين ، والفخذين ، والساقين)	......	......	......	......	......
30	أشعر بالرضا عن منطقة الخصر والبطن	......	......	......	......	......
31	أشعر بالرضا عن المنطقة العلوية من الجسم (الصدر، والكتفين ، والذراعين)	......	......	......	......	......
32	أشعر بالرضا عن شكل جسمى أو قوامى	......	......	......	......	......
33	أشعر بالرضا عن وزنى	......	......	......	......	......
34	أشعر بالرضا عن طولى	......	......	......	......	......

قائمة تخطيطات المظهر
(قائمة الأبنية المعرفية للمظهر)
The Appearance Schemas Inventory

بيانات أولية :

الاسم : ....

الكلية :..

تاريخ الميلاد :...

تاريخ الإجراء :..

بيانات أخرى : ....

م	العبـارة	أعارض بشدة (1)	أعارض (2)	محايد (3)	موافق (4)	موافق بشدة (5)
1	مظهرى أهم شئ فى حياتى	.....	.....	.....	.....	.....
2	ما يعيب مظهرى هو أول ما يلاحظه الآخرون فىّ	.....	.....	.....	.....	.....
3	يُعبر المظهر الخارجى للفرد عن شخصيته	.....	.....	.....	.....	.....
4	تكون حياتى أكثر سعادة إذا ظَهَرت كما أرغب	.....	.....	.....	.....	.....
5	إذا عرف الآخرون حقيقة مظهرى سيقل إعجابهم بى	.....	.....	.....	.....	.....

م	العبـارة	أعارض بشدة (1)	أعارض (2)	محايد (3)	موافق (4)	موافق بشدة (5)
6	يمكننى ضبط مظهرى من التحكم فى الكثير من الأحداث الاجتماعية والعاطفية فى حياتى	.....	.....	.....	.....	.....
7	مظهرى هو المسئول إلى حد كبير عن الكثير مما يحدث لى من معاناة	.....	.....	.....	.....	.....
8	ينبغى علىّ أن أفعل أقصى ما أستطيع حتى أبدو فى أحسن صورة ممكنة	.....	.....	.....	.....	.....
9	التقدم فى السن يجعلنى أقل جاذبية	.....	.....	.....	.....	.....
10	حتى أكون مرغوبة من الآخرين يجب أن أتمتع بدرجة عالية من الجمال	.....	.....	.....	.....	.....
11	الرسائل التى تبثها وسائل الإعلام تجعلنى أشعر بعدم الرضا عن مظهرى	.....	.....	.....	.....	.....
12	لكى أحب مظهرى أو أكون راضية عنه يجب تغيير هذا المظهر	.....	.....	.....	.....	.....
13	حُسن مظهر الفرد يستحوذ على انتباه الجميع	.....	.....	.....	.....	.....
14	عُزلة الفرد عن الآخرين أو ابتعاده عنهم لا يجلب له السعادة	.....	.....	.....	.....	.....

المراجع

المراجع العربية

المراجع الأجنبية

المراجع

أولاً : المراجع العربية

١ -أحمد عبد الخالق (1997) . فقدان الشهية العصبى . الكويت : مؤسسة الكويت للتقدم العلمى .

٢ -أحمد محمد عبد الخالق ، مايسة أحمد النيال (1992) . فقدان الشهية العصبى وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية . دراسات نفسية ، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) ، المجلد 2 ، العدد 1 ، ص ص 57 – 74 .

٣ -جابر عبد الحميد جابر ، علاء الدين كفافى (1989) . معجم علم النفس والطب النفسى " الجزء الثانى " . القاهرة : دار النهضة العربية .

٤ -زينب محمود شقير (1999) . دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوى اضطرابات الأكل من طلاب الجامعة ، المؤتمر الدولى السادس ، مركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، ص ص 761 – 819 .

٥ -عادل عبد الله محمد (2000) . العلاج المعرفى السلوكى " أسس وتطبيقات ". القاهرة : دار الرشاد .

٦ -علاء الدين كفافى ، مايسة أحمد النيال (1995) . صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية لدى عينات من المراهقات "

دراسة ارتقائية ارتباطية عبر ثقافية " . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

٧ –مجدى محمد الدسوقى (2001) . الشره العصبى من حيث علاقته ببعض المتغيرات النفسية . مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، العدد 25 ، الجزء 4 ، ص ص 109 – 168 .

٨ –مجدى محمد الدسوقى (2002) . فقدان الشهية العصبى من حيث علاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى عينة من طالبات الجامعة . مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، العدد 26 ، الجزء 4 ، ص ص 139 – 226 .

٩ –مجدى محمد الدسوقى (2003) . فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة . مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، العدد 27 ، الجزء 3 ، ص ص 107 – 180 .

١٠ –مجدى محمد الدسوقى (2004 أ) . استخبار شكل الجسم المعدل . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

١١ –مجدى محمد الدسوقى (2004 ب) . مقياس اضطراب صورة الجسم . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

١٢ –محمود عبد الرحمن حمودة (1998) . النفس : أسرارها وأمراضها. القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

ثانياً : المراجع الأجنبية

13- Albertini, R. S., & Phillips, K. A. (1999) . Thirty – three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescence . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 38(4), PP. 453 - 459* .

14- American Psychiatric Association (1994) . *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)* . Washington, DC : American Psychiatric Association .

15- American Psychiatric Association (1987) . *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed)* . Washington, DC : American Psychiatric Association .

16- American Society for Plastic and Reconstructive Surgery (1993) . *Data on the frequency of various cosmetic procedures* . Arlington Heights, IL : American Society for Plastic and Reconstructive Surgery .

17- Archer, R., & Cash, T. F. (1985) . Physical attractiveness and maladjustment among psychiatric inpatients . *Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. 3, PP. 170 - 180* .

18- Arriaza, C. A., & Mann, T. (2001) . Ethnic differences in eating disorder symptoms among college students: The confounding role of body mass index . *Journal of American College Health, Vol. 49 (6), PP. 309 - 315* .

19- Attie, I., & Brooks - Gunn, J. (1989) . Development of eating problems in adolescent girls : A longitudinal study . *Developmental Psychology, Vol. 25, PP. 70 - 79* .

20- Baer, L. (1994) . Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders . *Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 55, PP. 18 - 23* .

21- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (1999) . *Abnormal Psychology : An integrative approach* . New York : Brooks / Cole Publishing Company .

22- Berry, D. M., & Abramowitz, S. I. (1989). Educative/support groups and subliminal psychodynamic activation for bulimic college women . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 8, PP. 75 - 85* .

23- Birtchnell, S. A. ; Dolan, B. M., & Lacey, J. H. (1987). Body image distortion in noneating disordered women . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 6, PP. 385 - 392* .

24- Braddock, L. E. (1982) . Dysmorphophobia in adolescence: A case report . *British Journal of Psychiatry, Vol. 140, PP. 199 - 201* .

25- Breslau, A. (1992). The beauty of disfigurement . In R. E. Bochat (Ed.), *Special faces: Understanding facial disfigurement* (*pp. 24-39*) . New York : National Foundation for Facial Reconstruction .

26- Brooks-Gunn, J., & Warren, M.P. (1988) . The psychological significance of secondary sexual

characteristics in nine - to eleven-year – old girls . *Child Development, Vol. 59, PP. 1061 - 1069* .

27- Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1985). Effects of delayed menarche in different contexts : Dance and nondance students . *Journal of Youth and Adolescence, Vol. 14, PP. 285 - 300* .

28- Brooks-Gunn, J. ; Burrow, C., & Warren, M.P. (1988) . Attitudes toward eating and body weight in different groups of female adolescent athletes . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 7, PP. 749 - 757* .

29- Brownell, K. D. ; Rodin, J., & Wilmore, J. H. (1988) . Fat, drink, and be worried ? . *Runner's World, PP. 28 - 34.*

30- Bruch, H. (1962) . Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa . *Psychosomatic Medicine, Vol. 24, PP. 187 - 194* .

31- Bull, R., & Rumsey, N. (1988) . *The social psychology of facial appearance* . New York : Springer - Verlag .

32- Bunnell, D. et al. (1992) . Body shape concerns among adolescents . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 11 (4), PP. 76-83* .

33- Butters, J. W., & Cash, T. F. (1987) . Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 55, PP. 889 - 897* .

34- Cash, T. F. (1995a) . Developmental teasing about physical appearance : Retrospective descriptions

and relationships with body image . *Social Behavior and Personality, Vol. 23, PP. 123 - 130* .

35- Cash, T.F.(1995b) . *What do you see when you look in the mirror ?. Helping yourself to a positive body image.* New York : Bantam Books .

36- Cash, T.F. (1994a). The situational inventory of body image dysphoria : Contextual assessment of a negative body image . *The Behavior Therapist, Vol. 17, PP. 133- 134* .

37- Cash, T. F.(1994b) . Body - image attitudes : Evaluation, investment, and affect . *Perceptual and Motor Skills, Vol. 78, PP. 1168 - 1170* .

38- Cash, T. F. (1994c) . *Users' manual for the multidimensional body - self relations questionnaire* . Norfolk, VA : Old Dominion University .

39- Cash, T. F. (1993a) . *Multiple measure of body image and their psychosocial correlates* . Norfolk, VA.: Old Dominion University .

40- Cash, T. F. (1993b) . Body - image attitudes among obese enrollees in a commercial weight - loss program . *Perceptual and Motor Skills, Vol. 77, PP. 1099 - 1103* .

41- Cash, T. F. (1992) . Body - image therapy for persons with facial disfigurement: A cognitive - behavioral approach. In R. E. Bochat (Ed.), *Special faces : Understanding facial disfigurement* (*pp. 25-33*) . New York : National Foundation for Facial Reconstruction .

42- Cash, T. F. (1991) . Binge-eating and body - images among the obese: A further evaluation . *Journal of Social Behavior and Personality, Vol. 6, PP. 367 - 376* .

43- Cash, T. F. (1990). The psychology of physical appearance : Aesthetics, attributes, and images. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images : Development, deviance, and change* (*pp. 51-79*) . New York : Guilford Press .

44- Cash, T. F. (1985) . Physical appearance and mental health. In J. A. Graham & A. Kligman (Eds.), *Psychology of cosmetic treatments* (*pp. 196 – 216*) . New York : Praeger Scientific .

45- Cash, T. F., & Lavallee, D.M. (1997) . Cognitive body-image therapy : Extended evidence of the efficacy of a self directed program . *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, Vol. 15* (*4*), *PP. 281 – 294* .

46- Cash, T. F., & Grant, J. R. (1996). Cognitive behavioral treatment of body-image disturbances. In V.B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders* (*pp. 567-614*) . New York : Plenum Press .

47- Cash, T. F., & Szymanski, M. L. (1995) . The development and validation of the body-image ideals questionnaire . *Journal of Personality Assessment, Vol. 64*(*3*), *PP. 466 - 477* .

48- Cash, T. F., & Deagle, E. (1995) . *Body - image disturbances in anorexia nervosa and bulimia*

nervosa : A meta-analysis . New York: Bantam Books .

49- Cash, T. F., & Jacobi, L. (1992) . Looks aren't everything (to everybody) : The strength of physical appearance. *Journal of Social Behavior and Personality, Vol. 7, PP. 621 - 630* .

50- Cash, T. F., & Hicks, K. L. (1990). Being fat versus thinking fat : Relationships with body image, eating behaviors, and well-being . *Cognitive Therapy and Research, Vol. 14, PP. 327- 341* .

51- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (1990) . *Body images : Development, deviance, and change* . New York : Guilford Press .

52- Cash, T. F., & Brown, T. A. (1987) . Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa : A review of the literature . *Behavior Modification, Vol. 11, PP. 487 - 521.*

53- Cash, T. F.; Price, V., & Savin, R. (1993) . The psychosocial effects of androgenetics alopecia among women: Comparisons with balding men and female controls . *Journal of the American Academy of Dermatology, Vol. 29, PP. 568 - 575* .

54- Cash, T.F.; Counts, B., & Huffine, C. E.(1990) . Current and vestigial effects of overweight among women: Fear of fat, attitudinal body image, and eating behaviors . *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, Vol. 12, PP. 157 - 167.*

55- Cash, T.F. ; Winstead, B. W., & Janda, L. H. (1986). The great American shape - up : Body image survey report . *Psychology Today, Vol. 20, PP. 30 - 37.*

56- Cash, T. F.; Winstead, B. W., & Janda, L. H. (1985) . Your body, yourself : A psychology today reader survey report . *Psychology Today, Vol. 20, PP. 30 - 37 .*

57- Carney, C. R., & Yates, W. R. (1998). The evaluation of eating and weight symptoms : A comparison of medically ill and eating disorder patients . *Psychosomatics, Vol. 39 (4), PP. 371 - 378 .*

58- Casper, R. C. ; Offer, D., & Ostrov, E. (1981) . The self-image of adolescents with acute anorexia nervosa . *The Journal of Pediatrics, Vol. 98, PP. 656 - 661 .*

59- Cohn, L. D. ; Adler, N. E. ; Irwin, C. E. ; Millstein, S. G. ; Kegeles, S. M., & Stone, G. (1987) . Body-figure preferences in male and female adolescents . *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 96, PP. 276 - 279 .*

60- Collins, J. K. ; McCabe, M. P. ; Jupp, J. J., & Sutton, J. E. (1983) . Body percept change in obese females after weight reduction therapy . *Journal of Clinical Psychology, Vol. 39, PP. 507 - 511 .*

61- Concar, D. (1995). Sex and the symmetrical body . *New Scientist, Vol. 146, PP. 40 - 44 .*

62- Cooper, M. J. (1997). Bias in interpretation of ambiguous scenarios in eating disorders . *Behaviour Research and Therapy, Vol. 35(7), PP. 619 - 627 .*

63- Cooper, P. J. (1995) . Eating disorders. In A. A. Lazarus & A. M. Colman (Eds.), *Abnormal psychology (pp. 56 – 75)* . New York : Longman.

64- Cooper, P. J. ; Taylor, M. J. ; Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987) . The development and validation of the

body shape questionnaire . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 6, PP. 485 - 494* .

65- Coovert, D. L. ; Thompson, J. K., & Kinder, B. N. (1988) . Interrelationships among multiple aspects of body image and eating disturbance . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 7, PP. 495 -502* .

66- Counts, C. R., & Adams, H. E. (1985) . Body image in bulimic, dieting, and normal females . *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, Vol. 7, PP. 289 - 300* .

67- Cromarty, P., & Marks, I. (1995) . Does rational role play enhance the outcome of exposure therapy in dysmophophobia ? . A case study . *British Journal of Psychiatry, Vol. 167, PP. 399 - 402* .

68- Davis, C. ; Durnin, J. V. ; Gurevich, M. ; Le Maire, A., & Dionne, M. (1993) . Body composition correlate of weight dissatisfaction and dietary restrain in young women . *Appetite, Vol. 20, PP. 197 - 207.*

69- Davis, R. ; Olmsted, M. P., & Rockert, W. (1990) . Brief group psychoeducation for bulimia nervosa : Assessing the clinical significance of change . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 58, PP. 882 - 885* .

70- Drewnowski, A., & Yee, D. K. (1987) . Men and body image : Are males stultified with their body weight ?. *Psychosomatic Medicine, Vol. 49, PP. 626 - 634* .

71- Dworkin, S. H., & Kerr, B. A. (1987). Comparison of interventions for women experiencing body image

problems . *Journal of Counseling Psychology, Vol. 34, PP. 136 - 140* .

72- Eisele, J. ; Hertsgaard, D., & Light, H. T. (1986) . Factors related to eating disorders in young adolescent girls . *Adolescence, Vol. 82, PP. 283 - 290* .

73- Eliot, A. B. (1998) . Enhancing women's body image : A comparison of treatment interventions . *Dissertation Abstracts International, Vol. 59 (3-B), P. 1356* .

74- Enns, M. P. ; Drewnowski, A., & Grinker, J. A. (1987) . Body composition, body size estimation and attitudes towards eating in male college athletes . *Psychosomatic Medicine, Vol. 49, PP. 56 - 64* .

75- Ewald, L. S. (1993) . Representations of the self in the eating disorders : A comparison of anorexia nervosa, bulimia nervosa and social phobia . *Dissertation Abstracts International, Vol. 54 (5-B), P. 2747* .

76- Fairburn, C. G. (1987). The definition of bulimia nervosa : Guidelines for clinicians and research workers . *Annals of Behavioral Medicine, Vol. 9, PP. 3 - 7* .

77- Fabian, L. J., & Thompson, J. K. (1989). Body - image and eating disturbance in young females . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 8, PP. 63 - 74* .

78- Fairburn, C. G. ; Jones , R. ; Peveler, R. C.; Carr, S. J. ; Solomon, R. A. ; O'Connor, M. E. ; Burton, J., & Hope, R. A. (1991) . Three treatments for bulimia nervosa : A comparative trial . *Archives of General Psychiatry, Vol. 48, PP. 463 - 469* .

79- Faith, M. ; Schare, M. L., & Cash, T.F. (1993) . *The body exposure in sexual activities questionnaire : Psychometrics and sexual correlates* . Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy . Atlanta, GA.

80- Fallon, A. E. (1990) . Culture in the mirror : Sociocultural determinants of body image . In T. F. cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images : Development, deviance, and change* (*pp. 80 – 109*) . New York: Guilford Press .

81- Fallon, A. E., & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of body shape . *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 94, PP. 102 - 105* .

82- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body . In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images : Development, deviance, and change* (*pp. 3-20*) . New York : Guilford Press .

83- Fisher, S. (1986) . *Development and structure of the body image* . Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates .

84- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (1997) . Six - year course of bulimia nervosa . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 22* (*4*), *PP. 361-384* .

85- Fisher, E., & Thompson, J. K. (1994) . A comparative evaluation of cognitive behavioral therapy (CBT) versus exercise therapy (ET) for the treatment of body image disturbance : Preliminary findings . *Behavior Modification, Vol. 18*(*2*), *PP. 171-185* .

86- Fichter, M. M.;Quadflieg, N., & Guntzmann, A. (1998) . Binge eating disorder: Treatment outcome over

a 6 - year course . *Journal of Psychosomatic Research, Vol. 44 (3-4), PP. 385 - 405* .

87- Foreyt, J. P. ; Poston, W. S. ; Winebarger, A. A., & MeGavin, J. K. (1998) . Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders (2nd ed. pp. 647 - 680*) . New York : The Guilford Press .

88- Fornari, V. ; Wlodarczyk - Bisaga, K. ; Matthews, M. ; Sandberg, D. ; Mandel, F. S., & Katz, J. L. (2000) . Perception symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa . *Comprehensive Psychiatry, Vol. 40(6), PP. 434 - 441.*

89- Gardner, R. M.; Martinez, R. ; Espinoza, T., & Gallegos, V. (1988) . Distortion of body image in the obese : A sensory phenomenon . *Psychological Medicine, Vol. 18, PP. 633 - 641* .

90- Garfinkel, P. E. (1992) . Evidence in support of attitudes to shape and weight as a diagnostic criterion of bulimia nervosa . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 1 , PP. 321- 325* .

91- Gargiulo, J. ; Brooks - Gunn, J. ; Attie, I., & Warren, M. P. (1987) . Girls' dating behavior as a function of social context and maturation . *Developmental Psychology, Vol. 23, PP. 730 - 737* .

92- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1981) . Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory, and clinical applications . *International Journal of Psychiatry in Medicine, Vol. 11, PP. 263 - 284* .

93- Garner, D. M. ; Rockert, W. ; Davis, R. ; Garner, M. V. ; Olmsted, M. P., & Eagle, M. (1993) . Comparison of cognitive – behavioral and supportive – expressive therapy for bulimia nervosa . *American Journal of Psychiatry, Vol. 150, PP. 37 - 46* .

94- Garner, D. M. ; Garfinkel, P. E., & Bonato, D. P. (1987 a) . Body image measurement in eating disorders . *Advances in Psychosomatic Medicine, Vol. 17, PP. 119 - 133* .

95- Garner, D. M. ; Fairburn, C. G., & Davis, R. (1987 b) . Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa : A critical appraisal . *Behavior Modification, Vol. 11, PP. 398 - 431* .

96- Garner, D. M. ; Olmsted, M. A., & Polivy, J. (1983) . Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 2, PP. 15 - 34* .

97- Garner, D. M. ; Garfinkel, P. E. ; Stancer, H. C., & Moldofsky, H. (1976) . Body image disturbance in anorexia nervosa and obesity . *Psychosomatic Medicine, Vol. 38, PP. 329 - 336* .

98- Giles, T. R. (1988) . Distortion of body image as an effect of conditioned fear . *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, Vol. 19, PP. 143 - 146* .

99- Gleaves, D.H.; Williamson, D. A. ; Eberenz, K.P.; Sebastian, S. B., & Barker, S. E. (1995) . Clarifying body - image disturbance : Analysis of a multidimensional model using structural

modeling . *Journal of Personality Assessment, Vol. 64 (3), PP. 478 - 493* .

100- Glucksman, M., & Hirsch, J. (1969) . The response of obese patients to weight reduction : The perception of body size . *Psychosomatic Medicine, Vol. 31, PP. 1 - 17* .

101- Goldsmith, D., & Thompson, J. K. (1989) . The effect of mirror confrontation and size estimation accuracy feedback on perceptual inaccuracy in normal females who overestimate body size . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 8, PP. 437 - 444* .

102- Grant, J., & Cash, T. F. (1995) . Cognitive-behavioral body-image therapy: Comparative efficacy of group and modest-contact treatments . *Behavior Therapy, Vol. 26, PP. 69 - 84* .

103- Grant, C. L., & Fodor I. G. (1986) . Adolescent attitudes toward body image and anorexic behavior . *Adolescence, Vol. 21, PP. 269 - 281.*

104- Grilo, C. M. ; Wilfley, D. E. ; Jones, A. ; Brownell, K. D., & Rodin, J. (1994) . The social self, body dissatisfaction, and binge eating in obese females . *Obesity Research, Vol. 2, PP. 24 - 27* .

105- Grinker, J. (1973) . Behavioral and metabolic consequences of weight reduction . *Journal of the American Dietetic Association, Vol. 62, PP. 30 - 34* .

106- Grogan, S. (1999) . *Body image* . London : Routledge .

107- Halgin, R. P.,& Whitbourne, S. K. (1997) . *Abnormal psychology : The human experience of psychological disorders* . London : Brown & Benchmark .

108- Halmi, K. A. ; Goldberg, S. C. , & Cunningham, S. (1977) . Perceptual distortion of body image in adolescent girls : Distortion of body image in adolescence . *Psychological Medicine, Vol. 7, PP. 253 - 257* .

109- Hangen, J. D., & Cash, T. F. (1991) . *Body - image attitudes and sexual functioning in a college population* . Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. New York .

110- Hamilton, L. H. ; Brooks - Gunn, J. ; Warren, M. P., & Hamilton, W. G. (1988) . The role of selectivity in the pathogenesis of eating problems in ballet dancers . *Medicine and Sciences in Sports and Exercise, Vol. 20, PP. 560 - 565.*

111- Hamilton, L. H. ; Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1985). Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 4, PP. 465 - 477.*

112- Hatfield, E., & Sprecher, S. (1989) . *Mirror, mirror, on the wall* . New York : SUNY Press .

113- Haworth - Hoeppner, S. (2000). The critical shapes of body image : The role of culture and family in the production of eating disorders . *Journal of Marriage and the Family, Vol. 62 (1), PP. 212 - 227* .

114- Hesse-Biber, S. ; Clayton-Matthews, A., & Downey, J. A. (1988) . The differential importance of weight and body image among college men and women . *Genetic, Social, and General Psychology Monographs, Vol. 114, PP. 511 - 528* .

115- Higgins, E. T. ; Bond, R. N. ; Klein, R., & Strauman, T. (1986) . Self-discrepancies and emotional vulnerability : How magnitude, accessibility and type of discrepancy influence affect . *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 51, PP. 5 - 15.*

116- Hollander, E. (1993) . Obsessive-compulsive spectrum disorders : An overview . *Psychiatric Annals, Vol. 23, PP. 355 - 358* .

117- Hollander, E. ; Liebowitz, M. R. ; Winchel, R. ; Klumker, A., & Klein, D. F. (1989) . Treatment of body-dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *American Journal of Psychiatry, Vol. 146, PP. 768 - 770* .

118- Hollander , E. ; Allen, A.; Kwon, J. et al. (1999) . Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dystrophic disorder: Selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness . *Archives of General Psychiatry, Vol. 56, PP. 1033 - 1042* .

119- Hollander, E. ; Cohen, L. J. ; Simeon, D., & Rosen, J. (1994) . Fluvoxamine treatment of body dysmorphic disorder . *Journal of Clinical Psychopharmacology, Vol. 14, PP. 75 -77.*

120- Horne , L. R. ; Van-Vactor, J. C., & Emerson, S. (1991) . Disturbed body image in patients with eating

disorders . *American Journal of Psychiatry, Vol. 148* (2), *PP. 211 - 215* .

121- Hsu, L. K. (1989) . The gender gap in eating disorders : Why are the eating disorders more common among women ? . *Clinical Psychology Review, Vol. 9, PP. 393 - 407* .

122- Jackson, L. A. (1992) . *Physical appearance and gender : Sociobiological and sociocultural perspectives* . Albany : SUNY Press .

123- Jacobi, L., & Cash, T. F. (1994) . In pursuit of the perfect appearance : Discrepancies among self-and ideal-percepts of multiple physical attributes . *Journal of Applied Social Psychology, Vol. 24, PP. 379 - 396* .

124- Kayman, S. ; Bruvold, W., & Stern, J. S. (1990) . Maintenance and relapse after weight loss in women: Behavioral aspects . *American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 52, PP. 800 - 807* .

125- Keeton, W. R. ; Cash, T. F., & Brown, T. A. (1990) . Body image or body images ? . Comparative, multidimensional assessment among college students . *Journal of Personality Assessment, Vol. 54* (*1 & 2*), *PP. 213 - 230* .

126- Klesges, R. C. (1983) . An analysis of body-image distortions in a nonpatient population . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 2, PP. 35 - 41* .

127- Knight , P. O. ; Schocken, D. D. ; Powers, P. S.; Feld, J., & Smith , J. T. (1987) . Gender comparison in anorexia nervosa and obligate running (Abstract) .

Medicine and Science in Sports and Exercise, Vol. 19, P. 866 .

128- Lacey, J. H., & Birtchnell, S. A. (1986) . Body image and its disturbances . *Journal of Psychosomatic Research, Vol. 30, PP. 623 - 631* .

129-Lerner, R. M., & Jovanovic, J. (1990) . The role of body image in psychosocial development across the life span: A development contextual perspective. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images : Development deviance and change* (*pp. 110 - 127*) . New York : Guilford Press .

130- Lindholm, L., & Wilson, G. T. (1988) . Body image assessment in patients with bulimia nervosa and normal controls . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 7, PP. 527 - 539* .

131- Linehan, M. M. (1993) . *Skills training manual*. New York : Guilford Press .

132- Macgregor, F. C. (1990) . Facial disfigurement : Problems and management of social interaction and implications for mental health . *Aesthetic Plastic Surgery, Vol. 14, PP. 249 - 257* .

133- Marks, I., & Mishan , J. (1988) . Dysmorphophobic avoidance with disturbed bodily perception : A pilot study of exposure therapy . *British Journal of Psychiatry, Vol. 152, PP. 674 - 678* .

134- Markus, H. ; Hamill, R., & Sentis, K. P. (1987) . Thinking fat : Self-schemas for body weight and the processing of weight relevant information . *Journal of Applied Social Psychology, Vol. 17, PP. 50 - 71* .

135- Marsella, A. J. ; Shizuru, L. ; Brennan, J., & Kaneoka, V. (1981) . Depression and body image satisfaction. *Journal of Cross-Cultural Psychology, Vol. 12, PP. 360 - 371 .*

136- Mazzeo, S. E. (2000) . Modification of an existing measure of body image preoccupation and its relationship to disordered eating in female college students . *Journal of Counseling Psychology, Vol. 46(1), PP. 42 - 50 .*

137- McElroy, S. L. ; Phillips, K. A.; Keck, P. E. ; Hudson, J. I., & Pope, H. G. (1993) . Body dysmorphic disorder : Does it have a psychotic subtype? . *Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 54, PP. 389 - 395 .*

138- McKenna, P. J. (1984) . Disorders with overvalued ideas. *British Journal of Psychiatry, Vol. 145, PP. 579 - 585 .*

139- Meermann, R. (1983) . Experimental investigation of disturbances in body image estimation in anorexia nervosa patients, and ballet and gymnastics pupils . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 2, PP. 91 - 100 .*

140- Mendelson, B. K. , & White, D. R. (1982) . Relation between body - esteem and self-esteem of obese and normal children . *Perceptual and Motor Skills, Vol. 54, PP. 899 - 905 .*

141- Moller, A. P. (1993) . Female preference for apparently symmetrical male sexual ornaments in the barn swallow hirundo rustica . *Behavioral Ecology and Sociobiology, Vol. 32, PP. 371 - 376 .*

142- Morris, D. (1985) . *Body watching : A field guide to the human species* . New York : Crown .

143- Mumford , D. B. ; Whiitehouse , A. M., & Platts , M. (1991) . Sociocultural correlates of eating disorders among Asian school girls in Bradford . *British Journal of Psychiatry , Vol. 158, PP. 222 - 228* .

144- Munjack, D. J. (1978) . The behavioral treatment of dysmorphophobia . *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol. 9, PP. 53 - 56* .

145- Muuss, R. E. (1998) . Eating disorders: Anorexia nervosa and bulimia . In R. E. Muuss ; H. D. Porton et al. (Eds.), *Adolescent behavior and society : A book of reading* (*pp. 396 - 408*) . New York : McGraw Hill .

146- Newell, R., & Shrubb, S. (1994) . Attitude change and behavior therapy in body dysmorphic disorder: Two case reports . *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, Vol. 22, PP. 163 - 169* .

147- Neziroglu, F.A. ; Mckay, D. ; Todaro, J. ; Yaryura –Tobias, J. A., & Jose, A. (1996) . Effect cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axis II diagnosis . *Behavior Therapy, Vol. 27* (*1*), *PP. 67 - 77* .

148- Neziroglu, F. A., & Yaryura -Tobias, J. A. (1993) . Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy, Vol. 24, PP. 431 - 438* .

149- Nielson, A. C. (1979) . *Who is dieting and why ?* . Chicago, IL : Nileson Company, Research Department.

150- Noles, S. W. ; Cash, T. F. , & Winstead, B. A. (1985) . Body-image physical attractiveness , and depression . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 53, PP. 88 - 94* .

151- Norris, D. L. (1984) . The effects of mirror confrontation on self-estimation in anorexia nervosa, bulimia and two control groups . *Psychological Medicine, Vol. 32, PP. 573 - 577.*

152- Nudelman, S. ; Rosen, J. C., & Leitenberg, H. (1988) . Dissimilarities in eating attitudes, body image distortion, depression, and self - esteem between high - intensity male runners and women with bulimia nervosa . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 7, PP. 625 - 634* .

153- Olmsted, M. P. ; David, R. ; Rockert, W. ; Irvine, M. J. ; Eagle, M., & Garner, D. M. (1991) . Efficacy of a brief group psychoeducational intervention of bulimia nervosa . *Behavior Research and Therapy, Vol. 29, PP. 71 - 83.*

154- Owens, R. G., & Slade, P. D. (1987) . Running and anorexia nervosa: An empirical study . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 6, PP. 771 - 775* .

155- Padesky, C. A. (1993) . Schema as self-prejudice . *International Cognitive Therapy Newsletter, Vol. 516, PP. 16 - 17* .

156- Pasman, L., & Thompson, J. K. (1988) . Body image and eating disturbance in obligatory runners obligatory weightlifters, and sedentary individuals . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 7, PP. 759 - 770* .

157- Pawluck, D. E., & Gorey, K. M. (1998) . The role of shame in anorexia nervosa and bulimia nervosa . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 23(4), PP. 347 - 352* .

158- Pfaelzer, S. E. (1986) . The eating disorder continuum : A comparison of depression and personality organization in anorexia nervosa, bulimia, and weight preoccupation . *Dissertation Abstracts International, Vol. 47* (*1-B*), *P. 386* .

159- Philips, K. A. (1991) . Body dysmorphic disorder : The distress of imagined ugliness . *American Journal of Psychiatry, Vol. 148, PP. 1138 - 1149* .

160- Phillips, K. A. (1998) . Body dysmorphic disorder : Clinical aspects and treatment strategies . *Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 62* (*A*), *PP. 33 - 48* .

161- Phillips, K. (1996) . *The broken mirror-understanding and treating body dysmorphic disorder* . New York : Oxford University Press .

162- Phillips, K. A. ; McElroy, S. L. ; Keck, P. E. ; Pope, H. G., & Hudson, J. I. (1993) . Body dysmorphic disorder : 30 cases of imagined ugliness . *American Journal of Psychiatry, Vol. 15, PP. 302 - 308* .

163- Pitman, R. K. (1987) . Pierre Janet on obsessive compulsive disorder (1903) review and

commentary. *Archives of General Psychiatry, Vol. 44, PP. 226 - 232 .*

164- Pliner, P. ; Chaiken, S., & Flett, G. L. (1990) . Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span . *Personality and Social Psychology Bulletin, Vol. 16, PP. 263 - 273 .*

165- Post, G., & Growther, J. H. (1987) . Restricter-purger differences in bulimic adolescent females . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 6, PP. 757 - 762 .*

166- Probst, M. ; Vandereycken, W. ; Vanderlinden, J., & Van, C. H. (1998) . The significance of body size estimation in eating disorders : Its relationship with clinical and psychological variables . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 24* (2), *PP. 167 - 174 .*

167- Pruzinsky, T. (1990a) . Personality change in cosmetic plastic surgery. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images : Development, deviance, and change* . New York : Guilford Press .

168- Pruzinsky, T. (1990b). Body experience psychopathology. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* . New York : Guilford Press .

169- Pruzinsky, T. (1988) . Collaboration of plastic surgeon and medical psychotherapist : Elective cosmetic surgery . *Medical Psychotherapy, Vol. 1, PP. 1-13 .*

170- Pruzinsky, T., & Edgerton, M. (1990) . Body-image. Change in cosmetic plastic surgery . In T. F. Cash

& T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance , and change* (*pp. 190 - 236*) . New York : Guilford Press .

171- Pruzinsky, T. , & Cash, T. F. (1990) . Integrative themes in body-image development, deviance, and change. In T. F. Cash. & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (*PP. 337-349*) . New York : Guilford Press.

172- Radke-Sharpe, N. ; Whitney-Saltiel, D., & Rodin, J. (1990) . Fat distribution as a risk factor for weight and eating concerns . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 9, PP. 27 - 36* .

173- Rieves, L., & Cash, T. F. (1995) . *Reported social developmental factors associated with women's body-image attitudes* . New York : Guilford Press .

174- Richards, K. J.; Thompson, J. K., & Coovert, M. (1990) . *Development of body image and eating disturbance* . Boston : Little, Brown & Co .

175- Rogers, R. L., & Petrie, T. A. (2001) . Psychological correlates of anorexic and bulimic symptomatology . *Journal of Counseling and Development, Vol. 79* (2), *PP. 178 - 187.*

176- Rosen, J, C. (1992) . Body image disorders: Definition, development, and contribution to eating disorders. In J. H. Crowther ; D. L. Tennenbaum ; S. E. Hobfoll & M. A.P. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia* **:** *The individual and family context* (*pp. 157-177*) . Washington, DC : Hemisphere .

177- Rosen, J. C. (1990) . Body image disturbances in eating disorders. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.),

Body images **:** *Development, deviance, and change* (*pp. 190 - 214*) **.** New York : Guilford Press .

178- Rosen, J. C., & Reiter, J. (1992) . *Body dysmorphic disorder examination* . New York : Guilford Press .

179- Rosen, G. M., & Ross, A. O. (1986) . Relationship of body image to self - concept . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 54, PP. 99 - 103* .

180- Rosen, J. C. ; Orosan, P., & Reiter, J. (1995a) . Cognitive behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 63* (*2*), *PP. 263 - 269* .

181- Rosen, J. C. ; Orosan, P., & Reiter, J. (1995b) . Cognitive behavioral body image therapy for negative body image in obese women . *Behavior Therapy, Vol. 26* (*1*), *PP. 25 - 42* .

182- Rosen, J. C. ; Cado, S.; Silberg, N. T. ; Srebnik, D. et al. (1995) . Cognitive behavioral therapy with and without size perception training for women with body image disturbance . *Behavior Therapy, Vol. 21*(*4*), *PP. 481- 498* .

183- Rosen, J. C. ; Srebnik, D. ; Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991) . Development of a body image avoidance questionnaire . *Psychological Assessment, Vol. 3, PP. 32 - 37* .

184- Rosen, J. C. ; Saltzberg, E., & Srebnik, D. (1989) . Cognitive behavior therapy for negative body image . *Behavior Therapy, Vol. 20* (*3*), *PP. 393 - 404* .

185- Rucker, C. E., & Cash, T. F. (1992) . Body images, body-size perceptions, and eating behaviors among African American and white college women . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 12, PP. 291 - 300* .

186- Sarwer, D. B. ; Wadden, T. A. ; Pertschuk, M. J. et al. (1998) . Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery, Vol. 101, PP. 1644 - 1649.*

187- Scalf - McIver, L., & Thompson, J. K. (1989) . Family correlates of bulimic characteristics in college females. *Journal of Clinical Psychology, Vol. 45, PP. 473 - 478* .

188- Schmidt, N. B., & Harrington, P. (1995) . Cognitive behavioral : A case report . *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol. 26* (2), *PP. 161 - 167.*

189- Schlundt, D. G., & Johnson, W. G. (1990) . *Eating disorders* : *Assessment and treatment* . Boston: Allyn & Bacon .

190- Shapiro, J. P. ; Bauneister, R. F. , & Kessler, J. W. (1991). A three-component model of children's teasing : Aggression humor, and ambiguity . *Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. 10, PP. 459 - 472* .

191- Shontz, F. C. (1990) . Body-image and physical disability. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image* : *Development, deviance, and change (pp. 149 - 169*) . New York : Guilford Press .

192- Silberstein, L. R.; Striegel-Moore, R. H. ; Timko, C., & Rodin, J. (1988) . Behavioral and psychological implications of body dissatisfaction : Do men and women differ ? . *Sex Roles, Vol. 19, PP. 219 - 232* .

193- Silberstein, L. R. ; Striegel-Moore, R. H., & Rodin, J. (1987) . Feeling fat: A woman's shame. In H. B. Lewis (Ed.), *The role of shame in symptom formation.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates .

194- Slade, P. D. (1994) . What is body image ? . *Behaviour Research and Therapy, Vol. 32, PP. 497 - 502* .

195- Slade, P. D. (1985) . A review of body image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa . *Journal of Psychiatric Research, Vol. 19, PP. 255 - 265* .

196- Slade, P. D., & Russell, G. F. (1973) . Awareness of body dimensions in anorexia nervosa : Cross - sectional and longitudinal studies . *Psychological Medicine, Vol. 3, PP. 188 - 199* .

197- Sobal, J., & Beals, K. (1996) . Subclinical eating disorders in female athletes . *Women and Health, Vol. 27 (3), PP. 73 - 88* .

198- Solyom, L. ; DiNicola, F. F. ; Phil, M. ; Sookman, D., & Luchins, D. (1985) . Is there an obsessive psychosis ? . A etiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis . *Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 30, PP. 372 - 380* .

199- Speaker, J. G. ; Schultz, C. ; Grinker, J. A., & Stein, J. S. (1983) . Body size estimation and locus of control of obese adolescent boys undergoing weight

reduction . *International Journal of Obesity, Vol. 7, PP. 73 - 83* .

200- Stake, J., & Lauer, M. S. (1987) . The consequences of being overweight : A controlled study of gender differences . *Sex Roles, Vol. 17, PP. 31 - 47* .

201- Stein, D. J., & Hollander, E. (1992) . Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorders . *Journal of the American Academy of Dermatology, Vol. 26, PP. 237 - 242* .

202- Stromer, S. M. (1998) . The cross gender effects of an experimental media-focused psychoeducation program (body image) . *Dissertation Abstracts International, Vol.59 (11-B), P. 6080* .

203- Stunkard, A., & Burt, V. (1967) . Obesity and the body image : II. Age of onset of disturbances in the body image . *American Journal of Psychiatry, Vol. 123, PP. 1443 - 1447.*

204- Sullivan, P.F.; Pulik, C.M., & Segadelli, J. (1998) . Bulimia following anorexia nervosa: The relationship of diagnostic history to personality variables. *American Journal of Psychiatry, Vol.155 (7), PP. 939 – 946* .

205-Thompson, J. K. (1995) . *Body image disturbance* : *Assessment and treatment* . New York : Pergamon Press, Inc.

206- Thompson, J. K. (1992) . Body image: Extent of disturbance, associated features, theoretical models, assessment methodologies, intervention strategies, and a proposal for a new DSM-IV category-body image disorder. In M. Hersen; R. M.

Eisler & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (*Vol. 28, pp. 3 -54*) . Sycamore, IL: Sycamore Press.

207- Thompson, J. K. (1986) . Larger than life . *Psychology Today, Vol. 24, PP. 38 - 44.*

208-Thompson, J, K., & Psaltis, K. (1988) . Multiple aspects and correlates of body figure ratings : A replication and extension of Fallon and Rozin (1985). *International Journal of Eating Disorders, Vol. 7, PP. 813 - 818* .

209- Thompson, J. K., & Thompson, C. M. (1986) . Body size distortion and self-esteem in asymptomatic, normal weight males and females . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 5, PP. 1061 - 1068* .

210-Thompson, J. K. ; Penner, L. A., & Altabe, N. N. (1990) . Procedures, problems, and progress in the assessment of body images. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images : Development, deviance, and change* (*pp. 21 - 48*) . New York : Guilford Press.

211- Thompson, J. K. ; Berland, N. E. ; Linten, P. H., & Weinsier, R. (1986) . Assessment of body distortion via a self-adjusting light beam in seven eating disorder groups . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 7, PP. 113 - 120* .

212-Thomsen, S. R. ; Weber, M. M., & Brown, L. B. (2001) . The relationship between health and fitness magazine reading and eating disordered weight-loss methods among high school girls . *American Journal of Heath Education, Vol. 32 (3), PP. 133 - 138* .

213-Thornhill, R., & Gangestad, S. W. (1994). Human fluctuating asymmetry and sexual behavior. *Psychological Science, Vol. 5, PP. 297 - 302* .

214- Thornhill, R., & Grammer, K. (1994). Human (Homo sapiens) facial attractiveness and sexual selection : The role of symmetry and averageness . *Journal of Comparative Psychology, Vol. 108, PP. 233 - 242* .

215- Tiggemann, M. (1997) . Dieting in moderation: The role of dietary restraint in the relationship between body dissatisfaction and psychological well-being . *Journal of Health Psychology, Vol. 2, PP. 501-507* .

216- Tiggemann, M., & Lynch, J. E. (2001) . Body image across the life span in adult women : The role of self-objectification . *Developmental Psychology, Vol. 37* (2), *PP. 243 - 253.*

217- Touyz, S. W. ; Beumont, P. J. ; Collins, J. K., & Cowie, I. (1985) . Body shape perception in bulimia and anorexia nervosa . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 4, PP. 261 - 265* .

218-Veale, D. (2001) . Cognitive- behavioural therapy for body dysmorphic disorder . *Advances in Psychiatric Treatment, Vol. 7, PP. 125 - 132* .

219- Veale, D. (2000) . Outcome of cosmetic surgery and "DIY" surgery in patients with body dysmorphic disorder . *Psychiatric Bulletin, Vol. 24, PP. 218 - 221* .

220- Veale, D. ; Gournay, K. ; Dryden, W. ; Boocock, A. ; Shan, F. ; Willson, R., & Walburn, J. (1996a) . Body dysmorphic disorder : A cognitive behavioural

model and pilot randomized controlled trial . *Behaviour Research and Therapy, Vol. 34* (*9*), *PP. 717 - 729* .

221- Veale, D. ; Boocok, A. ; Gournay, K. ; Dryden, W. ; Shan, F. ; Willson, R., & Walburn, J. (1996b) . Body dysmorphic disorder : A survey of fifty cases . *British Journal of Psychiatry, Vol. 169, PP. 196 - 201* .

222- Vitiello, B., & deLeon, J. (1990) . Dysmorphophobia misdiagnosed as obsessive-compulsive disorder . *Psychosomatics, Vol. 31, PP. 220 - 222* .

223- Wadden, T. A. ; Stunkard, A. J., & Liebschutz, J. (1988) . Three - year follow – up of the treatment of obesity by very low caloric diet, behavior therapy, and their combination . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 56, PP. 925 - 928* .

224- Waggoner, I. R. (1998) . Cognitive – behavior therapy and cognitive therapy for body image awareness in sixth grade females . *Dissertation Abstracts International Vol, 59* (*11- A*), *P. 4060* .

225- Watson, D., & Friend, R. (1994) . Fear of negative evaluation . In J. Fisher & K. Corcoran (Eds.) , *Measures for clinical practice : A sourcebook* (*2nd ed. Vol. 2, PP. 283-284*) . New York: The Free Press .

226- Wheeler, G. D.; Conger, P. ; Wall, S. R. ; Belcastro,. A. N., & Cumming, D. C. (1986) . Are anorexic tendencies prevalent in the habitual nunnery ? . *British Journal of Sports Medicine, Vol. 20, PP. 77 - 81.*

227-Williamson, D. A. (1990) . *Assessment of eating disorders : Obesity, anorexia, and bulimia nervosa* . Elmsford, NY : Pergamon Press .

228- Williamson, D. A. ; Davis, C. J. ; Bennett, S. M. ; Goreczny, A. J., & Gleaves, D. H. (1989) . Development of a simple procedure for assessing body image disturbances . *Behavioral Assessment, Vol. 11 , PP. 433 - 446* .

229-Willmuth, M. E. ; Litenberg, H. ; Rosen, J. C., & Cado, S. (1988) . A comparison of purging and nonpurging normal weight bulimics . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 7, PP. 825 - 835.*

230-Willmuth, M. E. ; Leitenberg, H. ; Rosen, J. C. ; Fondacaro, K. M., & Gross, J. (1985) . Body size distortion in bulimia nervosa . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 4, PP. 71-78* .

231-Wilson, G. T., & Smith, D. (1989) . Assessment of bulimia nervosa : An evaluation of eating disorders examination . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 8, PP. 173 - 179* .

232-Wolchik, S. A. ; Weiss, L., & Katzman, M. K. (1986) . An empirically validated short term psycho-educational group treatment program for bulimia . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 5, PP. 21- 34* .

233-Wolf, E. M., & Crowther, J. H. (1992) . An evaluation of behavioral and cognitive behavioral group intervention for the treatment of bulimia nervosa in women . *International Journal of Eating Disorders, Vol. 11, PP. 3 -16* .

234- Woodside, B. D. ; Field, L. L.; Garfinkel, P. E., & Heinmaa, M. (1998) . Specificity of eating disorders diagnoses in families of probands with anorexia nervosa and bulimia nervosa . *Comprehensive Psychiatry, Vol. 39 (5), PP. 261-264* .

235- Wooley, S. C., & Kearney-Cooke, A. (1986) . Intensive treatment of bulimia and body image disturbance. In K. D. Brownell & J. P. Foreyt (Eds.), *Handbook of eating disorders* : *Physiology, psychology, and treatment of obesity anorexia and bulimia (pp. 476-502*) . New York : Basic Books .

فهرس الموضوعات

الموضوع	الصفحات
الفصل الأول	
نظرة عامة حول الاضطراب	15 – 50

- مقدمة 15
- تعريف صورة الجسم 16
- تعريف اضطراب تشوه صورة الجسم 18
- المفاهيم المرتبطة بصورة الجسم فى الماضى والحاضر 31
- أسباب اضطراب صورة الجسم 32
- وبائيات عدم الرضا عن صورة الجسم 37
- إحصائيات انتشار اضطراب صورة الجسم 38
- المكونات المعرفية لصورة الجسم 42
  1- إدراك صورة الجسم 42
  2- المعتقدات أو الاتجاهات نحو صورة الجسم 44
  3- العوامل السيكولوجية والانفعالية 47
- طقوس سلوكيات الأفراد الذين يعانون من اضطراب صورة الجسم 48

الفصل الثانى

تشخيص الاضطراب 53 – 108

- مقدمة 53

الموضـــوع	الصفحات
- اضطراب صورة الجسم لدى الإناث السمينات وعينات سكانية أخرى لديها عيوب جسمية	54
- نمو أو تطور صورة الجسم السلبية	59
أولاً : المحددات التاريخية التنموية	59
ثانياً : المحددات المركزية	64
- محكات تشخيص اضطراب تشوه صورة الجسم	65
- محكات عامة	65
- محكات الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات النفسية	67
- محكات الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية	68
- أمثلة لحالات تعانى من اضطراب تشوه صورة الجسم ..	73
- اضطراب صورة الجسم لدى عينات سكانية مختلفة	76
1- البالغون أو الراشدون	76
- درجة أو مدى الاضطراب	76
- ارتباطات الاضطراب	79
2 - المراهقون	83
- درجة أو مدى الاضطراب	83
- ارتباطات الاضطراب..................................	85
3- راقصات الباليه واللاعبون الرياضيون	87

الموضـــوع	الصفحات
أ- راقصات الباليه	87
ب - اللاعبون الرياضيون..................................	89
4- الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل	94
- درجة أو مدى الاضطراب	94
- ارتباطات الاضطراب	106
الفصل الثالث	
دراسات تناولت علاج الاضطراب	111 - 152
- مقدمة	111
- دراسات تناولت نتيجة العلاج النفسى لاضطراب صورة الجسم	114
- دراسات تناولت علاج صورة الجسم لدى الأشخاص السمان	117
- دراسات تناولت علاج صورة الجسم لدى الأشخاص ذوى الوزن العادى...	123
- التقدير المعرفى السلوكى	140
- المعتقدات	141
- السلوكيات	141
- التجنب الاجتماعى والقلق	142
- ملاءمة التقدير للعلاج	144
- الاشتراك فى العلاج	145

الموضـــوع	الصفحات
- نموذج معرفى سلوكى لاضطراب صورة الجسم	146
- العلاج بالعقاقير الطبية أو الأدوية	151
الفصل الرابع	
علاج الاضطراب	155 - 202
- مقدمة	155
- علاج المكونات الإدراكية للاضطراب	156
- طرق أو إجراءات مواجهة الصورة	156
- برنامج للعلاج المعرفى السلوكى لعلاج اضطراب صورة الجسم	161
– الخطوة الأولى : التقدير الشامل لصورة الجسم	162
– الخطوة الثانية : التعليم المتعلق بصورة الجسم والاكتشافات الذاتية	169
– الخطوة الثالثة : استخدام فنية التعريض ومنع الاستجابة	172
– الخطوة الرابعة : التعرف على أو تحديد افتراضات المظهر	174
– الخطوة الخامسة : اكتشاف أو تصحيح الأخطاء المعرفية	177
– الخطوة السادسة : تعديل أوجه السلوك الانهزامية للذات المتعلقة بصورة الجسم	182

الموضـــوع	الصفحات

- الخطوة السابعة : تحسين صورة الجسم عن طريق الضبط البدنى وأنشطة السرور والمتعة 190
- الخطوة الثامنة : منع الانتكاس والمحافظة على تغيرات صورة الجسم 196
- قضايا تتعلق بانتهاء العلاج ومرحلة المتابعة 201
- الاستنتاجات والتوجهات المستقبلية 201

الفصل الخامس

تقدير الاضطراب 205 – 246

- مقدمة 205
- استخبار شكل الجسم 206
- استخبار تجنب صورة الجسم 211
- استخبار العلاقات الذاتية الجسمية المتعدد الأبعاد 216
- مقياس قلق صورة الجسم (قلق السمة ، وقلق الحالة) .. 226
- مقياس الخوف من التقييم السلبى 230
- مقياس اضطراب صورة الجسم 238
- قائمة تخطيطات المظهر 244
- المراجع العربية 249
- المراجع الأجنبية 251